

Lernbrief

Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten

4.6 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autor: Bernd Christl, GKV-Spitzenverband, DVKA

Bearbeitung: Robert Steinhögl, AOK Bayern

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Sylvia Wiedemann, Tel.: 030 34646-2345

Druck und Vertrieb durch
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	3
2 Lernziele	5
3 Krankenversicherungsschutz bei Auslandsaufenthalt	6
3.1 Voraussetzungen	6
3.1.1 Erweiterung des territorialen Geltungsbereichs als Anspruchsgrundlage	6
3.1.2 Über- und zwischenstaatliche Regelungen	7
4 Leistungsansprüche bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland	11
4.1 Allgemeines	11
4.2 Anspruchsnachweis bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland	11
4.3 Leistungsansprüche bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland	12
4.4 Kostenerstattung bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland	15
4.4.1 Erstattungen von Rechnungen aus anderen EU-Staaten	18
4.4.2 Erstattungen von Rechnungen aus EWR-Staaten und der Schweiz	19
4.4.3 Erstattungen von Rechnungen aus Abkommensstaaten	19
4.5 Nicht erstattungsfähige Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland	20
4.6 Auslandsreise-Krankenversicherung und AOK-Service	21
4.6.1 Vermittlung privater Zusatzversicherungen	21
4.7 Leistungsansprüche bei Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen	22
4.7.1 Leistungsansprüche in anderen europäischen Staaten oder der Schweiz nach überstaatlichem Recht	23
4.7.1.1 Selbst bezahlte Sachleistungen und Fahrtkosten	25
4.7.2 Leistungsansprüche in anderen europäischen Staaten oder der Schweiz nach deutschem Recht	26
4.7.2.1 Ambulante Behandlung	26
4.7.2.2 Stationäre Behandlung	29
4.7.3 Leistungsansprüche bei Reisen in einen Abkommensstaat	30
4.7.4 Erstattungsansprüche nach deutschem Recht bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz	31
4.8 Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit bei Aufenthalt im Ausland	32
4.9 Geldleistungen	33

4.6 · Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten



5 Gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland	33
6 Zusammenfassende Selbstkontrolle	35
7 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	37



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit dem Prozess „Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten“ auseinander. Außerdem erhalten Sie einen Überblick über die Leistungsansprüche Ihrer Versicherten bei einem vorübergehenden oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland.

Nach Aussagen der Welttourismus-Organisation der Vereinten Nationen, reisen jährlich ca. 1,4 Mrd. Menschen rund um den Globus. Etwa 70 Mio. davon sind Deutsche. Somit gehören die Deutschen zur Weltspitze der Urlauber. Diese Zahlen verdeutlichen, dass gerade bei den in Deutschland gesetzlich Versicherten, die ihren Urlaub im Ausland verbringen, der Versicherungsschutz bei Krankheit im Urlaub eine wichtige Rolle spielt.

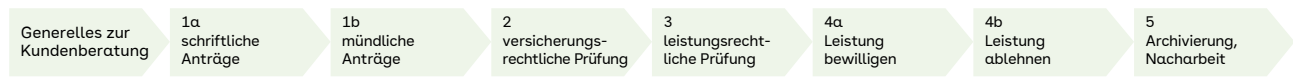
Nicht immer denken Urlaubsreisende im Vorfeld einer Urlaubsreise an den Abschluss einer privaten Auslandsreise-Krankenversicherung. Insbesondere bei Last-Minute-Reisen oder bei Kurztrips, z.B. bei Städtereisen übers Wochenende, wird die Notwendigkeit einer privaten Absicherung für das Krankheitsrisiko oft unterschätzt. Gerade innerhalb Europas sind viele Kunden der Auffassung, dass sie mit ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte ihrer Krankenkasse einen vollwertigen Leistungsanspruch im Ausland – wie sie ihn aus Deutschland kennen – haben und keine private Absicherung benötigen. Einige Versicherte können sich darüber hinaus auch nicht umfassend gegen Krankheit im Ausland schützen, da sie, z.B. als Dialysepatienten, hierfür keinen privaten Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz erhalten.

Ein weiteres Anwendungsgebiet der Auslandserstattungen sind Erstattungen an Arbeitgeber für Rechnungen, die ihre Beschäftigten aufgrund einer Erkrankung im Rahmen einer dienstlichen Auslandstätigkeit erhalten. Vor allem große Arbeitgeber und somit wichtige Firmenkunden erwarten hier kompetente und zeitnahe Lösungen.

Eine wichtige Aufgabe für Sie als AOK-Mitarbeitender ist es daher, Privatkunden im Vorfeld einer Urlaubs- oder Geschäftsreise über die Möglichkeiten und Grenzen ihres gesetzlichen Versicherungsschutzes bei der AOK im Rahmen ihres Auslandsaufenthalts zu beraten. Dies gilt auch für die Firmenkunden im Hinblick auf die Ansprüche ihrer Arbeitnehmenden im Rahmen von Dienst- und Geschäftsreisen.

Ebenso wichtig ist es, Kundinnen und Kunden, die z.B. nach einem Urlaub Rechnungen für ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung oder dergleichen aus dem Ausland vorlegen, kundenorientiert zu beraten und von ihnen alle Informationen aufzunehmen, die für eine spätere (Teil-) Kostenerstattung erforderlich sind. Gerade eine kundenorientierte Lösung in diesen Fällen kann nachhaltig Kundenbindung erzeugen. Dabei sind die Unternehmensziele der AOK zu berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und von den Voraussetzungen her genau zu kennen, um eine qualifizierte Beratung zu gewährleisten.

4.6 · Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten

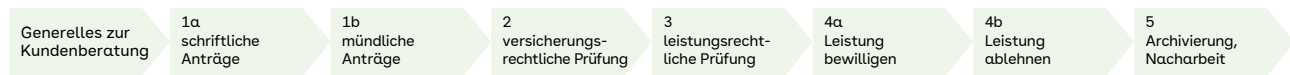


Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

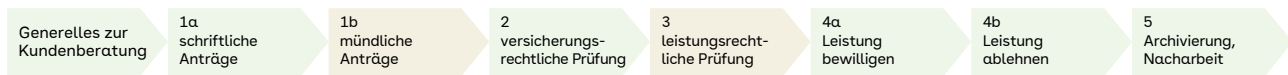
Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- Gründe für die Notwendigkeit von Regelungen zur Leistungsanspruchnahme im Ausland aufzeigen zu können
- die rechtlichen Grundlagen für die unterschiedlichen Erstattungsansprüche zu kennen und kundenorientiert anzuwenden
- die Kundinnen und Kunden über Möglichkeiten zu informieren, Leistungen auch im Ausland in Anspruch zu nehmen
- Kenntnis davon zu haben, dass es unterschiedliche Anspruchsbescheinigungen für den Auslandsaufenthalt gibt und über die damit verbundenen Verfahren zur Leistungsanspruchnahme im Ausland beraten zu können
- die Unterschiede im Leistungsanspruch zwischen einem vorübergehenden und einem gewöhnlichen Auslandsaufenthalt zu erkennen und bei der Beratung der Kundschaft zu berücksichtigen
- die Grundzüge des Erstattungsverfahrens zu kennen, wenn die Anspruchsbescheinigung im Ausland nicht vorgelegt oder nicht akzeptiert wurde und die Kundinnen und Kunden über ihre Ansprüche beraten zu können
- Firmenkunden über die Erstattungsansprüche im Falle der Erkrankung ihrer Arbeitnehmenden während eines vorübergehenden Auslandseinsatzes beraten zu können
- zu erkennen, wann ein Aufenthalt im anderen Staat zum Zwecke der Behandlung vorliegt und die Versicherten über Möglichkeiten und Grenzen der Kostenübernahme in diesen Fällen zu beraten
- zu erkennen, in welchen Fällen keine Kostenübernahme für Behandlungen im Ausland erfolgen kann
- die Versicherten über die Kostenrisiken eines Rücktransports und die Notwendigkeit einer privaten Auslandsreise-Krankenversicherung beraten zu können
- bei der Kostenerstattung zwischen Kundeninteressen, gesetzlichen Vorgaben und AOK-Interessen abzuwägen
- die Unternehmensziele der AOK bei der Kostenerstattung zu berücksichtigen
- das Verfahren zur Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit im Ausland gegenüber der Kundschaft erläutern zu können



3 Krankenversicherungsschutz bei Auslandsaufenthalt

Lernbeispiel 1

1b
mündliche
Anträge

Sie arbeiten bei der AOK in der Kundenberatung. Heute erscheint André Althaus bei Ihnen. André Althaus ist deutscher Staatsangehöriger und seit zwei Wochen Kunde Ihrer AOK. André Althaus möchte übermorgen in den Urlaub nach Frankreich starten und fragt daher bei Ihnen nach, wie er im Krankheitsfall durch die AOK geschützt ist und worauf er zu achten hat.

Das deutsche Recht endet also an den Grenzen der Bundesrepublik Deutschland. Heißt das, dass in Deutschland gesetzlich krankenversicherte Personen bei einem Auslandsaufenthalt keinen Krankenversicherungsschutz haben? Grundsätzlich bestehen bei einem Auslandsaufenthalt, von Sonderregelungen (§§ 13, 17, 18 SGB V) abgesehen (vgl. Punkt 4.7.2 und 4.7.4 dieses Lernbriefs), keine Leistungsansprüche. Dies gilt auch für das Krankengeld.

§ 16 Abs. 1
Satz 1 Nr. 1
SGB V

3.1 Voraussetzungen

3.1.1 Erweiterung des territorialen Geltungsbereichs als Anspruchsgrundlage

3
leistungsrechtliche
Prüfung

§ 30 SGB I,
§ 3 SGB IV

Das deutsche Sozialversicherungssystem beruht auf dem Territorialitätsprinzip. Das bedeutet, dass das Sozialgesetzbuch und damit die sozialen Rechte der Bevölkerung auf dem Territorium der Bundesrepublik Deutschland gelten. Das bedeutet jedoch nicht, dass auch nur deutsche Staatsangehörige Leistungsansprüche haben. Die Vorschriften über die Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung gelten gemäß § 3 SGB IV für die im Inland beschäftigten Personen bzw. setzen den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland voraus.

Ohne Bedeutung ist dabei, welche Staatsangehörigkeit die betroffene Person besitzt. Ausländische Mitbürger werden im deutschen Sozialversicherungssystem, von Ausnahmen abgesehen (z.B. Asylbewerber), wie deutsche Staatsangehörige behandelt.

Somit würden Leistungsansprüche, von wenigen Ausnahmen abgesehen, außerhalb Deutschlands nicht bestehen. Dies wäre aber unter der in der Einleitung bereits dargestellten Situation und unter Berücksichtigung der Lage Deutschlands inmitten Europas, wenig praxismäßig. Die Brücke zwischen dem nationalen und übernationalen Recht bilden die europäischen Verordnungen über soziale Sicherheit einerseits und die bilateralen Abkommen zwischen Deutschland und anderen Staaten andererseits. Damit auch europarechtliche Regelungen oder bilaterale Abkommen zwischen Deutschland und einem anderen Staat in Deutschland Rechtswirksamkeit entfalten können, bedarf es einer nationalen Öffnungsklausel.

§ 6 SGB IV

Diese enthält § 6 SGB IV. Die Aussage in § 6 SGB IV, das über- und zwischenstaatliche Recht unberührt bleibt, bedeutet, dass dieses grundsätzlich vorrangig vor dem deutschen Recht anzuwenden ist, wenn die dort genannten Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.



Merke

Für die deutsche Sozialversicherung gilt der Grundsatz des Territorialitätsprinzips. Grundsätzlich bestehen nach deutschem Recht (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) bei einem Auslandsaufenthalt – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine Leistungsansprüche. Mit verschiedenen Staaten wurden jedoch Abkommen über die soziale Sicherheit geschlossen, die auch Leistungsansprüche bei einem Aufenthalt dort ermöglichen.

Die entsprechenden Rechtsgrundlagen für die Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen im Ausland ergeben sich für gesetzlich Krankenversicherte insbesondere aus

- den EG-Verordnungen über soziale Sicherheit (sogenanntes Gemeinschaftsrecht) und
- bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit.

In Europa gelten unterschiedliche Rechtsgrundlagen für grenzüberschreitende Sachverhalte. Derzeit gelten für Sachverhalte mit den EU-Staaten

3.12 Über- und zwischenstaatliche Regelungen

Die anderen Staaten der Europäischen Union (EU), die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und zahlreiche weitere Staaten außerhalb Europas befanden sich in einer ähnlichen Situation wie Deutschland. Auch ihnen war wichtig, dass in grenzüberschreitenden Fällen oder für ihre Gastarbeiter eine soziale Absicherung ihrer Versicherten gegeben ist. Da sich die Sozialsysteme in den einzelnen Staaten aber historisch sehr unterschiedlich entwickelt haben, konnte in diesen Fällen nicht ein einheitliches System für alle Staaten gelten. Vielmehr beschlossen die Staaten, in den über- und zwischenstaatlichen Regelungen u.a., sich ihre Krankenversicherungssysteme gegenseitig zur Verfügung zu stellen. Dies gilt sowohl für Fälle des vorübergehenden Aufenthalts (z.B. Urlaub oder Studium) als auch für solche, in denen sich Versicherte gewöhnlich im anderen Staat aufhalten (z.B. Rentner, die ihren Lebensabend in Spanien verbringen).

- Belgien,
- Bulgarien,
- Estland,
- Finnland,
- Frankreich,
- Griechenland,
- Irland,
- Italien,
- Kroatien,
- Lettland,
- Litauen,
- Luxemburg,
- Malta,
- den Niederlanden,
- Österreich,
- Polen,
- Portugal,
- Rumänien,
- Schweden,
- Slowakei,
- Slowenien,
- Spanien,
- Tschechien,
- Ungarn und
- Zypern

die EG-Verordnungen Nr. 883/2004 sowie die Durchführungsverordnung Nr. 987/2009.

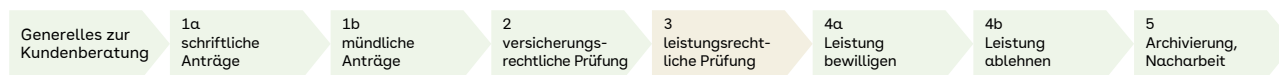
Seit 01. 04. 2012 gilt dies auch für grenzüberschreitende Sachverhalte betreffend der

- Schweiz

und seit 01. 06. 2012 betreffend den EWR-Staaten

- Island,
- Liechtenstein und
- Norwegen.

4.6 · Anträge auf Ausländerstattung bearbeiten



VO (EU)
1231/10

Für grenzüberschreitende Sachverhalte betreffend den Staaten

- Dänemark und
- dem Vereinigten Königreich

können die VO (EG) 883/04 nur für Versicherte angewendet werden, die die Staatsangehörigkeit eines EU-Mitgliedstaats besitzen, da diese beiden Staaten der sog. „Drittstaatenverordnung“ nicht zugestimmt haben.

Der persönliche Geltungsbereich ist nur vom Stammversicherten zu erfüllen. Die Staatsangehörigkeit der mitversicherten Familienangehörigen ist hierbei nicht relevant.

Hinweis

DVKA RS
2020/113 v.
24. 02. 2020

Das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland (GBR) ist am 31. 01. 2020 um Mitternacht aus der Europäischen Union (EU) ausgetreten und ist seit diesem Zeitpunkt nicht mehr Mitgliedstaat der EU. Für die Zeit ab dem 01. 02. 2020 wurde ein Abkommen gemäß Art. 50 des EU-Vertrags über den Austritt des GBR aus der EU ratifiziert. Im Rahmen dieses Austrittsabkommens wurde eine Übergangsphase bis zum 31. 12. 2020 vereinbart, in der gemäß Art. 127 Abs. 1 des Austrittsabkommens das Unionsrecht für das GBR weiterhin Gültigkeit besaß.

Die EU und das Vereinigte Königreich konnten ein Handels- und Kooperationsabkommen für die zukünftigen Beziehungen aushandeln. Dieses neue Abkommen enthält auch Regelungen für den Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die im Wesentlichen den Bestimmungen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 entsprechen. Es findet seit 01. 01. 2021 zunächst vorläufig

für Situationen Anwendung, die ab 01. 01. 2021 begonnen haben und vorher keinerlei grenzüberschreitenden Bezug zwischen einem EU-Mitgliedstaat und dem Vereinigten Königreich hatten.

Details dazu werden durch eine gesonderte Arbeitshilfe der DVKA erläutert (vgl. RS 2020/964 v. 29. 12. 2020).

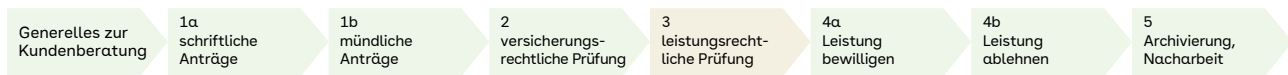
Bilaterale Abkommen, die im Krankheitsfall einen Leistungsanspruch zu Lasten der AOK ermöglichen, bestehen mit:

- Bosnien-Herzegowina
- Israel (nur Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)
- Marokko (nur Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit)
- Mazedonien
- Montenegro
- Serbien
- der Türkei
- Tunesien

In allen Fällen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts ist neben dem gebietlichen Geltungsanspruch zudem der persönliche und sachliche Geltungsbereich zu beachten.

Beispiel

Vladimir Valescko ist russischer Staatsangehöriger und Mitglied Ihrer AOK. Er verbringt 2025 seinen Urlaub in Dänemark. Nachdem er dort erkrankt war und eine Privatrechnung vom Arzt erhielt, reicht er diese zur Kostenerstattung bei Ihnen ein.



Folge

Für sog. „Drittstaatenangehörige“ gilt weiterhin die VO (EWG) Nr. 1408/71, da der persönliche Geltungsbereich i. S. d. VO (EG) 883/2004 in Bezug auf Dänemark nur auf EU- und EWR-Staatsangehörige beschränkt ist. Für Vladimir Valesco (russischer Staatsangehöriger) kann diese daher im vorliegenden Fall nicht angewandt werden. Für ihn ergeben sich somit durch über- und zwischenstaatliches Recht keine über das innerstaatliche Recht hinausgehenden oder vorrangigen Leistungsansprüche; für die sich ggf. aus innerstaatlichem Recht ergebenden Leistungsansprüche nach § 13 SGB V (vgl. Punkt 4.7.2 dieses Lernbriefs).

Können die über- oder zwischenstaatlichen Regelungen nicht angewendet werden oder besteht danach kein Leistungsanspruch und sieht auch das innerstaatlich deutsche Recht keine Erstattungsmöglichkeit vor (vgl. Punkt 4.7.2 dieses Lernbriefs), ist eine Kostendeckung nur über eine private Auslandsreise-Krankenversicherung in den vorliegenden Fällen möglich. Solche Versicherungen schließen meistens Behandlungen aufgrund chronischer Vorerkrankungen aus. Außerdem sehen die meisten Versicherer Höchstaltersgrenzen vor, nach deren Erreichen ein Abschluss nicht mehr möglich ist. Die Gültigkeitsdauer dieser Versicherungen ist auch zeitlich stark eingeschränkt. Sie gelten meist für nicht länger als sechs Wochen ab Reisebeginn. Sofern Ihre AOK eine solche Auslandsreise-Krankenversicherung in Kooperation mit einer privaten Versicherungsgesellschaft anbietet, sehen

Sie sich die entsprechenden Bedingungen an, damit Sie die Einschränkungen in der jeweiligen Beratungssituation kennen (vgl. auch Ausführungen in Punkt 4.6 dieses Lernbriefs).

Die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit gelten – mit Ausnahme des deutsch-marokkanischen, des deutsch-türkischen und des deutsch-tunesischen Abkommens – für alle Personen, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

Das deutsch-marokkanische und das deutsch-tunesische Abkommen über soziale Sicherheit gelten nur für die Staatsangehörigen der jeweiligen Staaten, das deutsch-türkische Abkommen über soziale Sicherheit darüber hinaus auch für alle EU-/EWR-Staatsangehörigen sowie für einige weitere Nationalitäten. Letztere kommen in der Praxis aber nur in seltenen Fällen vor, sodass wir hierauf nicht weiter eingehen.

Beispiel

Mohamed Muray ist türkischer Staatsangehöriger und Mitglied Ihrer AOK. Im Juni verbringt er mit seiner deutschen Freundin, die ebenfalls Mitglied Ihrer AOK ist, einen dreiwöchigen Urlaub in der Türkei. Dort erkranken beide am dritten Urlaubstag an einem Magen-Darm-Infekt. Der aufgesuchte Hotelarzt stellt für beide jeweils eine Rechnung für die ärztliche Behandlung und die verabreichten Medikamente in Höhe von 100 € aus. Nach Rückkehr in Deutschland reichen beide die Rechnungen zur Erstattung bei Ihnen ein.



Folge

Sowohl Mohamed Muray als auch seine Freundin werden vom persönlichen Geltungsbereich des deutsch-türkischen Abkommens über soziale Sicherheit erfasst. Beide können daher Leistungsansprüche auch außerhalb Deutschlands im Rahmen dieses Abkommens in Anspruch nehmen.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 6

Prüfen Sie, ob die Leistungsansprüche von André Althaus auf das deutsche Recht begrenzt sind oder ob er auch Leistungen im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Rechts in Anspruch nehmen kann. Wenn ja, nach welcher Rechtsgrundlage?

- André Althaus ist bei der AOK versichert.
- Er ist deutscher Staatsangehöriger.
- André Althaus hält sich vorübergehend in Frankreich auf.
- Für Frankreich gelten die EG-Verordnungen Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009.

André Althaus wird daher während seines vorübergehenden Aufenthalts in Frankreich von diesen Verordnungen erfasst und hat in dem dort genannten Rahmen auch Leistungsansprüche aufgrund einer Behandlung in Frankreich.

Merke

Begibt sich ein Kunde oder eine Kundin ins Ausland, hängt der Leistungsanspruch davon ab, ob mit dem betreffenden Staat über- oder zwischenstaatliche Regelungen getroffen wurden und diese für den speziellen Fall Leistungen vorsehen. Plant der Kunde bzw. die Kundin einen Auslandsaufenthalt in einem Staat, mit dem kein Abkommen besteht oder in dem das Abkommen keine Leistungen bei Krankheit vorsieht, kann der Krankenversicherungsschutz nur durch den Abschluss einer privaten Auslandsreise-Krankenversicherung sichergestellt werden (Ausnahme § 17 SGB V, vgl. Punkt 4.7.4 dieses Lernbriefs sowie für die EU-/EWR-Staaten und die Schweiz § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, vgl. Punkt 4.7.2 dieses Lernbriefs).

4a
Leistung
bewilligen



4 Leistungsansprüche bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland

4.1 Allgemeines

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Die über- und zwischenstaatlichen Regelungen können Leistungen im anderen Staat bei

- vorübergehendem Aufenthalt z. B. Touristen, Studierenden,
- Wechsel des Aufenthalts in den anderen Staat nach Eintritt des Versicherungsfalls („Zustimmungsfall“) und
- gewöhnlichem Aufenthalt im anderen Staat, z. B. Familienangehörige, Rentner, Grenzgänger

vorsehen.

Der GKV-Spitzenverband, Abteilung DVKA, hält – insbesondere auf seiner Internetseite unter **www.dvka.de** – detaillierte Informationen zu Art und Umfang dieser Leistungen vor. Darüber hinaus fungiert die Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes als internationales Bindeglied zwischen dem jeweiligen ausländischen und dem deutschen gesetzlichen Sozialversicherungssystem (sog. Verbindungsstelle). In diesem Zusammenhang gibt sie u. a. auch Leitfäden heraus, die umfassend über die vorher genannten Fälle sowohl bei einem Aufenthalt ihrer Kunden im Ausland als auch bei Aufenthalt einer im Ausland versicherten Person in Deutschland informieren. Diese finden Sie auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes, Abt. DVKA im „Extranet“ unter „Leitfäden“. Wir beschränken uns daher hier auf einen groben Überblick.

4.2 Anspruchsnachweis bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Staat (z. B. Urlaubsreise) muss der Anspruch mit einer von der AOK ausgestellten Europäischen Krankenversichertenkarte (European Health Insurance Card – EHIC), die in allen EU-/EWR-Staaten und der Schweiz gilt, bzw. mit einer Anspruchsbescheinigung für die jeweiligen Abkommenstaaten nachgewiesen werden. So kann beispielsweise auch in Mazedonien die EHIC genutzt werden (vgl. DVKA-Rundschreiben 2008/114 vom 15. 10. 2008).

Liegt eine EHIC noch nicht vor (z. B. Neukunde) oder hat die versicherte Person seine EHIC verloren oder vergessen, in den anderen europäischen Staat mitzunehmen, erhält sie ausfallsweise eine „provisorische Ersatzbescheinigung“ (Papiervordruck), mit der sie die selben Leistungsansprüche im Bedarfsfall geltend machen kann.

Eine vollständige Auflistung der Anspruchsnachweise enthält die Broschüre „Vordrucke und Merkblätter für das über- und zwischenstaatliche Krankenversicherungsrecht“, die beim AOK-Verlag bezogen werden kann.

Nach dem Brexit führte das Vereinigte Königreich eine eigene Version der EHIC-Karte ein, die „Global Health Insurance Card“ (GHIC). Diese Karte funktioniert ähnlich wie ihre Vorgängerin und ermöglicht den Briten bei Besuchen in einem der EU-Staaten den Zugang zur staatlichen Gesundheitsversorgung.



4.3 Leistungsansprüche bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland

3
leistungsrechtliche Prüfung

DVKA RS
2023/082
v. 14. 02.
2023

Während in den sogenannten Abkommenstaaten bei ambulanter Behandlung grds. ein vorheriger Umtausch der Anspruchsbescheinigung (sog. „Auslandskrankenschein“) in einen national gültigen Krankenschein beim dortigen Krankenversicherungsträger erforderlich ist (Ausnahme: Mazedonien), ist das Verfahren in den EU-/EWR-Staaten und der Schweiz einfacher gestaltet. Hier erhalten in Deutschland Versicherte alle Leistungen, die unter Berücksichtigung ihrer Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind, unmittelbar durch Vorlage ihrer Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC). Durch dieses Verfahren wird die von der EU-Kommission gewollte „direkte Leistungsanspruchnahme“ beim ausländischen Leistungserbringer verwirklicht.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt können in den Staaten, mit denen Deutschland ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen hat, dagegen nur die sofort notwendigen Sachleistungen in Anspruch genommen werden. Sofort notwendige Sachleistungen sind im Allgemeinen solche Leistungen, die unverzüglich erforderlich sind und nicht bis zur Rückkehr des Erkrankten nach Deutschland zurückgestellt werden können. Dies gilt, trotz Vorlage der EHIC, auch in Mazedonien.

Außerdem besteht über die Anspruchsbescheinigung für den vorübergehenden Aufenthalt in diesen Staaten – im Gegensatz zu den EU-/EWR-Staaten und der Schweiz – für Erkrankungen, die bereits bei Einreise bestanden (z.B. chronische Erkrankungen) kein Leistungsanspruch. In diesen Fällen benötigen Versicherte eine weitere Anspruchsbescheinigung (vgl. Punkt 4.7.3 dieses Lernbriefs), um auch für solche Erkrankungen Sachleistungen in diesen Staaten zulasten der AOK beanspruchen zu können.

Aufgrund der jeweiligen Anspruchsbescheinigung erhält die berechtigte Person, mit den o.g. Einschränkungen im Aufenthaltsstaat Sachleistungen auf die Art und Weise und in dem Umfang, wie es die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats vorsehen. Ihr Versicherter wird also im Ausland so gestellt wie ein einheimischer gesetzlich Versicherter, sodass für ihn z.B. auch die Zuzahlungsregelungen des Aufenthaltstaats gelten.

Außerdem kann er mit dieser Anspruchsbescheinigung im Aufenthaltsstaat nur Vertragsleistungserbringer, nicht jedoch Privatärzte, Privatkliniken usw. in Anspruch nehmen. Sieht das Recht des Aufenthaltsstaats nur das Recht auf Kostenerstattung statt Naturalleistung vor, kann der Versicherte die Rechnungen entweder bei der Krankenkasse vor Ort oder später nach seiner Rückkehr in Deutschland bei seiner AOK-Geschäftsstelle zur Kostenerstattung einreichen.



Während die EG- bzw. EWG-Verordnungen alle Fälle des vorübergehenden und gewöhnlichen Aufenthalts umfassen, ist dies bei den bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit sehr unterschiedlich. Das deutsch-israelische Abkommen betrifft Leistungen nur für den Fall der Mutterschaft, das deutsch-marokkanische Abkommen enthält für den Bereich der Krankenversicherung nur Regelungen zur Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit usw.

Beispiel

Ari Attatürk besucht im Urlaub seine Eltern in der Türkei. Am dritten Urlaubstag bekommt er Magenschmerzen, die immer schlimmer werden. Er entschließt sich daher, die von der AOK ausgestellte Anspruchsbescheinigung (Vordruck T/A11) bei der türkischen Krankenkasse in eine national gültige Anspruchsbescheinigung umzutauschen und damit einen Vertragsarzt aufzusuchen. Dieser untersucht Ari Attatürk und verschreibt ihm ein Medikament.

Folge

Die Kosten der ärztlichen Behandlung und des Medikaments werden – nach Abzug der von Ari Attatürk zu tragenden Eigenanteile und Zahlungen nach türkischem Recht – vom Arzt bzw. der Apotheke mit der türkischen Krankenkasse abgerechnet. Diese erhält die Kosten später von der AOK erstattet.

Beispiel

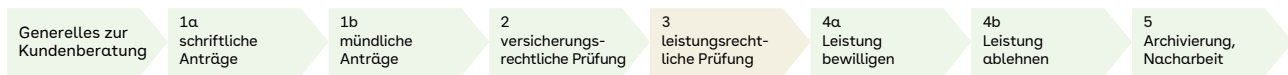
Carlo Cleis ist insulinpflichtiger Diabetiker. Er macht zwei Wochen Urlaub in der Türkei und im Anschluss daran zwei Wochen Urlaub in Griechenland.

Folge

Carlo Cleis muss sein während des Aufenthalts in der Türkei benötigtes Insulin aus Deutschland mitbringen, da er in der Türkei nur Anspruch auf Notfalleleistungen hat. Außerdem muss er vor einem Arztbesuch seine Anspruchsbescheinigung (Vordruck T/A 11) bei einer örtlichen Krankenkasse in einen türkischen Anspruchsnachweis umtauschen. Dagegen erhält er in Griechenland auch das während seines Aufenthalts benötigte Insulin. Dieses ist nämlich unter Berücksichtigung seiner Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig. Muss er zum Arzt, kann er diesen unmittelbar mit seiner EHIC aufsuchen.

Der AOK stehen zur Information ihrer Kundinnen und Kunden Merkblätter für den vorübergehenden Aufenthalt im anderen Staat (z.B. „Urlaub in Frankreich“) zur Verfügung, die ebenfalls von der Internetseite der DVKA unter „Urlaub im Ausland“ kostenfrei heruntergeladen werden können. Die Merkblätter enthalten u.a.

- die Anschriften der Träger im anderen Staat, die Sachleistungen im Auftrag der AOK erbringen,
- Informationen darüber, was bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu beachten ist,



- ob die Leistung in Natura oder gegen Vorauszahlung im Rahmen der Kostenerstattung erbracht wird und
- Informationen darüber, mit welchen Zuzahlungen der Kunde bzw. die Kundin zu rechnen hat.

Schauen Sie sich beispielhaft das Merkblatt „Urlaub in Frankreich“ an, damit Sie in der Praxis Ihre Kundinnen und Kunden entsprechend beraten können.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 6

Beraten Sie André Althaus hinsichtlich seiner Leistungsansprüche während seines Urlaubs in Frankreich. Auf folgende Aspekte ist einzugehen:

- André Althaus erhält für seinen vorübergehenden Aufenthalt in Frankreich als Nachweis für seine gesetzliche Versicherung in Deutschland eine EHIC bzw., falls die Zeit für die Ausstellung der EHIC zu kurz ist, eine provisorische Ersatzbescheinigung.
- Mit dieser kann er sich in Frankreich beim Leistungserbringer unmittelbar als anspruchsberechtigt ausweisen.
- André Althaus kann damit nur Vertragsleistungserbringer in Anspruch nehmen.
- André Althaus erhält nur die medizinisch unter Berücksichtigung seiner Aufenthaltsdauer notwendigen Sachleistungen.

- Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungen, wie für einen in Frankreich gesetzlich Versicherten (vgl. Merkblatt „Urlaub in Frankreich“ des GKV-Spitzenverbands, DVKA).
- Seine Eigenbeteiligung bei ambulanter Behandlung beträgt 30 %, bei stationärer Behandlung 20 % der Gesamtkosten zzgl. eines Eigenanteils von 20,00 € pro Krankenhausstag, bei zahnärztlicher Behandlung beträgt die Eigenbeteiligung 30 %, bei den Fahrkosten 35 % und bei den Medikamenten beträgt sie, je nach medizinischer Wirksamkeit und Nutzen, 35 bis 85 % (vgl. Merkblatt „Urlaub in Frankreich“).
- Für die Restkosten oder falls eine privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird, sollte daher eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen werden.
- Das französische System ist ein Kostenerstattungssystem. Er hat daher in jedem Fall im ambulanten Bereich die Kosten vorzustrecken und kann die Erstattung im Anschluss bei der französischen Krankenkasse (Anschriften vgl. Merkblatt „Urlaub in Frankreich“) oder nach seiner Rückkehr bei der AOK zur Kostenerstattung einreichen.



4.4 Kostenerstattung bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Bei einer Erkrankung im Ausland kann es durchaus vorkommen, dass die von der AOK ausgestellte Anspruchsbescheinigung (z.B. die EHIC) abgewiesen wird und die Versicherten die Kosten – z.B. für die Arztbehandlung – selbst zahlen müssen. Auch kommt es vor, dass Versicherte die EHIC oder auch die Anspruchsbescheinigung für die Leistungsanspruchnahme im Abkommenstaat vergessen haben oder sich am Urlaubsort in eine privatärztliche Behandlung begeben. Schließlich kann es auch sein, dass das Recht des Aufenthaltsstaats nur die nachträgliche Kostenerstattung vorsieht (z.B. in Frankreich für ambulante ärztliche Leistungen).

Art. 25
Abs. 4 – 6
VO (EG)
Nr. 987/2009
und
RS 2010/89

Wenn eine versicherte Person während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts medizinische Leistungen selbst zahlen musste, kommt eine Kostenerstattung entweder

- nach den Sätzen des ausländischen Trägers

oder

- nach deutschen Sätzen in Betracht.

Merke

Die versicherte Person ist im Hinblick auf die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Kostenerstattung zu beraten. Eine Kombination der verschiedenen Erstattungswege – nach VO (EG) 987/09 und dem SGB V – ist nicht möglich.

Sehen die Rechtsvorschriften des Trägers am Aufenthaltsort die Möglichkeit einer Kostenerstattung vor, kann die versicherte Person sich die Kosten in Höhe der Vertragssätze direkt vor Ort – beim ausländischen aushelfenden Träger des Aufenthaltsortes – erstatten lassen. Aufgrund der hierbei meist auftretenden Sprachprobleme reicht der überwiegende Teil der Versicherten die Kostenrechnungen jedoch nach Beendigung des Auslandsaufenthalts bei der AOK ein.

Sofern die Rechnungen und medizinischen Befunde in diesem Zusammenhang zu übersetzen sind, gehen die Übersetzungskosten dabei zulasten der AOK.

Oftmals enthalten die Rechnungen jedoch nur pauschale Aussagen, wie „ärztliche Behandlung“ oder „Hausbesuch“ bzw. eine länderspezifische Codierung der Diagnose. In diesen Fällen sollten Sie die Versicherten befragen, welche Erkrankung vorlag und welche ärztlichen Behandlungen gemacht wurden, damit Sie entsprechende Erstattungsbeträge ermitteln bzw. ermitteln lassen können. Viele AOKs haben hierfür entsprechende Fragebögen entwickelt. Erkundigen Sie sich bei Ihrer AOK danach.

Liegt ein recht hoher Rechnungsbetrag vor und die versicherte Person kann nur unzureichend Auskunft über die medizinische Behandlung und die verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel machen, kann auch eine Anfrage der Erstattungssätze beim Träger des Aufenthaltsorts hilfreich sein. Die Adressen dieser Träger finden Sie in den Urlauber-Merkblättern des GKV-Spitzenverbandes, DVKA unter **www.dvka.de** in der Rubrik „Urlaub im Ausland“.

Art. 76
Abs. 7 VO
(EG) Nr. 883/
2004,
Art. 84
Abs. 4
VO (EG)
Nr. 1408/71
Art. 32
Abs. 2 des
deutsch-
kroatischen
Abkommens
über soziale
Sicherheit

4.6 · Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten



Für die Anfrage sind spezielle Vordrucke entwickelt worden. Erkundigen Sie sich im Fachbereich Ihrer AOK danach. Dort erfahren Sie auch, wer diese Anfragen in Ihrem Hause vornimmt. Dadurch sind Sie im Bedarfsfall in der Lage, die für eine Erstattung erforderlichen Unterlagen zeitnah anzufordern bzw. zielgerichtet weiterzuleiten.

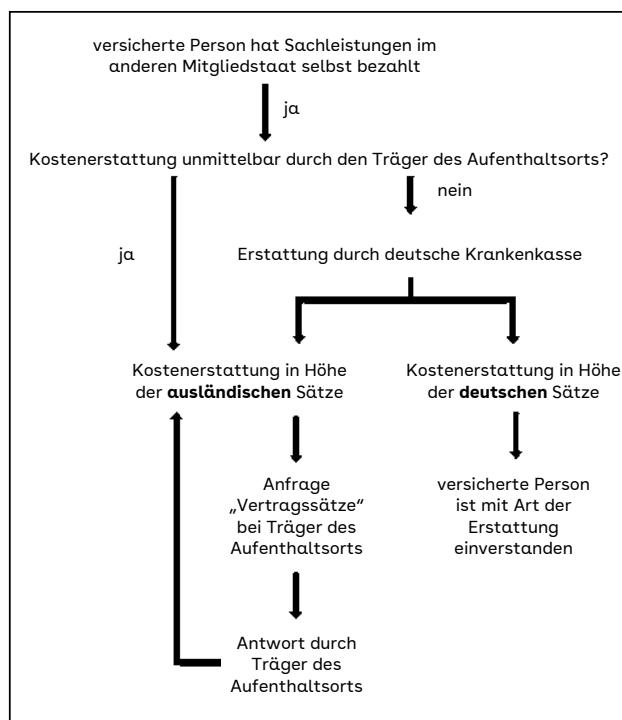
Fortsetzung des Lernbeispiels 1 von Seite 6

André Althaus ist inzwischen aus seinem Urlaub zurück. In Frankreich wurde er wegen eines Magen-Darm-Infekts behandelt. Der Arzt hat die Leistungen auf einem nach französischem Recht hierfür vorgesehenen Behandlungsvordruck „feuille de soins“ (vgl. folgende Seite) bescheinigt. André Althaus hat zwar eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen, diese sieht jedoch vor, dass nur die Kosten erstattet werden, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse getragen werden. André Althaus legt Ihnen die Rechnung zur Kostenerstattung vor.

1a
schriftliche
Anträge

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Hinsichtlich des Erstattungsverfahrens ist nach den über- und zwischenstaatlichen Regelungen zwischen zwei Fallkonstellationen zu unterscheiden:



4.6 · Anträge auf Ausländerstattung bearbeiten



cerfa
N° 12541 *01

feuille de soins - médecin
Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date **13 06 2025**

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURÉ(E) (*)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **Andre Althaus**
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation

date de naissance **1 1 0 1 1 9 6 9**

ASSURÉ(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURÉ(E)
Ahornstr. 12, 53177 Bonn

MEDECIN (à remplir par le médecin)

identification du médecin ou de l'établissement

**Docteur
01 Generaliste
Maison Medical**

08270 St. Hilaire de Riez

=> 85 1014008 00 1 20 2 01

si les soins sont dispensés à titre libéral, dans un établissement
cachet de cet établissement

médecin salarié
n° d'identification

spécialité

nom

n° FINESS

entente préalable du J.J.M.M.A.A.A.A.

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

☒ MALADIE exonération du ticket modérateur : non ☒ oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD ☐ action de prévention ☐ personne visée à l'art. L. 115 ☐ autre ☐

accident causé par un tiers : non ☐ oui ☐ date J.J.M.M.A.A.A.A.

☐ MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J.J.M.M.A.A.A.A.

☐ AT/MP numéro ou date J.J.M.M.A.A.A.A.

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case ☐

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique ☐ urgence ☐ hors résidence habituelle ☐ médecin traitant remplacé ☐ accès hors coordination ☐

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)

dates des actes	codes des actes	activités	C. CS CNPSV V. VS VIVIST	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	montant des dépos.	frais de déplacement LD MD	frais de déplacement LK montants
13 06 2025			C		5 2, 0 0			
J.J.M.M.A.A.A.A.								
J.J.M.M.A.A.A.A.								
J.J.M.M.A.A.A.A.								

PAIEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) **5 2, 0 0**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐ l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ☐

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes **Dr. Olivier de Funès
Médecin Généraliste
08270 St. Hilaire de Riez**

signature de l'assuré(e) **A. Althaus**

impossibilité de signer ☐

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 et L. 471-3 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 (informatique), vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

(*) voir notice au verso

FMR01-05 S 31101



4.4.1 Erstattungen von Rechnungen aus anderen EU-Staaten

Art. 19
Abs. 1 VO (EG)
Nr. 883/2004,
Art. 25
VO (EG)
Nr. 987/2009

Konnte eine Sachleistung im anderen EU-Staat nicht mit der europäischen Krankenversicherungskarte oder der provisorischen Ersatzbescheinigung in Anspruch genommen werden, können Sie – unabhängig von der Höhe der verauslagten Kosten – der versicherten Person Kosten nach deutschem Recht erstatten, wenn diese dem zustimmt. Maximal erhält die versicherte Person natürlich den Betrag der verauslagten Kosten abzüglich der in Deutschland anfallenden Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen. Diese sind in jedem Fall abzuziehen.

Lassen Sie sich die Einwilligung der versicherten Person zur Erstattung der deutschen Kassensätze schriftlich bestätigen, da eine Erstattung der deutschen Kassensätze ohne diese Einwilligung nur dann möglich ist, wenn der Aufenthaltsstaat selbst keine Erstattungssätze kennt. Viele AOKs haben eine entsprechende Zustimmungsklausel in den Anträgen auf Erstattung der im Ausland angefallenen Kosten integriert.

Stimmt die versicherte Person einer Kostenerstattung auf der Basis deutscher Sätze nicht zu, z.B. weil sie vermutet, dass die ausländischen Vertragssätze eine höhere Erstattung ermöglichen, sind Sie verpflichtet, die Vertragssätze mit den oben angesprochenen Vordrucken und unter Beifügung der Rechnungskopien beim

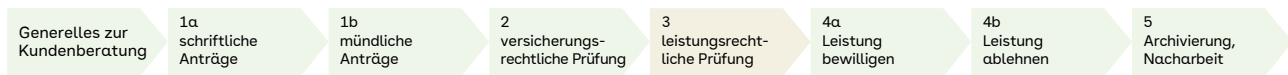
Träger im Aufenthaltsstaat anzufragen. Die Adressen dieser Träger finden Sie – wie bereits erwähnt – in den Urlaub-Merkblättern des GKV-Spitzenverbandes, DVKA unter **www.dvka.de** in der Rubrik „Urlaub im Ausland“.

Beispiel

Sven Sander war während seines Urlaubs in Polen erkrankt und ließ sich dort von einem Privatarzt behandeln. Für die Behandlung berechnete der Arzt 50 €. Außerdem verordnete er Sven Sander ein Medikament auf einem Privat Rezept. Für das Medikament zahlte Sven Sander in der Apotheke 32,95 €. Sven Sander legt Ihnen die Rechnungen zur Erstattung vor.

Folge

Bei Polen handelt es sich um einen EU-Staat. Mit Einwilligung von Sven Sander können Sie daher für die Behandlung und das Arzneimittel die deutschen Kassensätze abzgl. der Arzneimittelzuzahlung nach deutschem Recht erstatten. Sofern es aus der Rechnung des Arztes nicht hervorgeht, ist Sven Sander zu befragen, was der Arzt im Rahmen der Behandlung durchgeführt hat (z.B. Untersuchung, Spritze geben, Beratung), damit anhand dieser Aussage die entsprechenden Positionen des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) ermittelt werden können.



4.4.2 Erstattungen von Rechnungen aus EWR-Staaten und der Schweiz

Sofern Sie eine Rechnung aus

- Island,
- Liechtenstein,
- Norwegen oder
- der Schweiz

erhalten, kommen ebenfalls die Regelungen der VO (EG) Nr. 883/2004 zur Anwendung (vgl. Punkt 4.4.1 dieses Lernbriefs).

4.4.3 Erstattungen von Rechnungen aus Abkommensstaaten

Sofern Sie Rechnungen aus

- Bosnien-Herzegowina,
- Israel (nur Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft),
- Mazedonien,
- Montenegro,
- Serbien,
- Türkei oder
- Tunesien

erhalten, gilt das unter Punkt 4.4.1 beschriebene Erstattungsverfahren mit folgenden zwei Besonderheiten:

1. Bei Erstattungsbeträgen über 1.000 € ist immer eine Anfrage bzgl. der nach dem Recht des Aufenthaltsstaats maßgebenden Erstattungssätze vorzunehmen. Nur die von dort mitgeteilten Erstattungssätze sind erstattungsfähig. In diesen Fällen ist keine Erstattung nach deutschen Sätzen mehr möglich. Diese aus dem EU-Recht stammende Regelung wurde aus Vereinfachungsgründen auch für die o.g. Abkommensstaaten in analoger Anwendung übernommen.

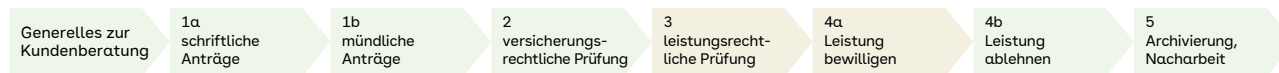
2. Rechnungen aus Abkommensstaaten können nur für sofort notwendige Sachleistungen (Notfalleleistungen) erstattet werden.

Beispiel

Björn Bader ist aus seinem Urlaub in Tunesien zurück. Wegen eines Autounfalls, aus dem Björn Bader schwere Knochenbrüche davortrug, musste er sich dort stationär behandeln lassen. Die Behandlung fand in einer Privatklinik statt. Da diese Klinik die von Ihnen nach dem deutsch-tunesischen Abkommen ausgestellte Anspruchsbescheinigung für sofort notwendige Sachleistungen (Vordruck TN/A 11) nicht akzeptierte, hat Björn Bader die Kosten privat bezahlt. Hierfür legt Björn Bader Ihnen Rechnungen in Höhe von insgesamt 15.400 € vor.

Folge

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Behandlung sofort notwendig war. Björn Bader ist daher so zu stellen, wie er gestellt gewesen wäre, wenn die stationäre Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in Tunesien mit der Anspruchsbescheinigung TN/A 11 durchgeführt worden wäre. Da der Erstattungsbetrag 1.000 € überschreitet, muss eine Anfrage in Tunesien nach den erstattungsfähigen Vertragssätzen erfolgen (Vordruck TN/A 26). Nur der von dort mitgeteilte Betrag ist erstattungsfähig. Die verbleibenden Kosten sind von Björn Bader oder ggf. von dessen Auslandsreise-Krankenversicherung zu tragen.



Zum Lernbeispiel 1 von Seite 16

Beraten Sie André Althaus im Hinblick auf seinen Erstattungsantrag. Gehen Sie auf alle Ihrer Ansicht nach relevanten Aspekte ein.

- André Althaus hat während seines Urlaubs in einem anderen EU-Staat Leistungen benötigt, die – unter Berücksichtigung seiner Aufenthaltsdauer – medizinisch notwendig waren.
- André Althaus ist darüber zu informieren, dass das französische Recht eine Eigenbeteiligung von 30 % der ärztlichen Behandlungskosten vorsieht (vgl. Merkblatt „Urlaub in Frankreich“), die bei einer Abrechnung nach französischem Recht zum Tragen käme.
- Entscheidet sich André Althaus für eine Erstattung nach den französischen Vertragssätzen ist er außerdem darüber zu informieren, dass diese zunächst in Frankreich angefragt werden müssen und eine Erstattung erst nach Beantwortung der Anfrage möglich ist.
- André Althaus sollte – möglichst im Rahmen eines Antrags auf Kostenerstattung – dokumentieren, was der Arzt konkret gemacht hat und sich in diesem Zusammenhang für eine Erstattung der deutschen oder französischen Kassensätze entscheiden.

André Althaus wären bei einer Entscheidung für die deutschen Kassensätze max. 12 € zu erstatten, es sei denn, dass die Vertragssätze für die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen in Deutschland niedriger wären.

4a
Leistung
bewilligen

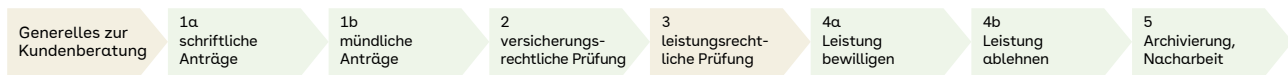
Merke

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können bei einem Auslandsaufenthalt in bestimmten Staaten auch zu Lasten der AOK erbracht werden. Der Anspruch wird mit der EHIC oder mit einer von der AOK ausgestellten Anspruchsbescheinigung nachgewiesen. Für die verschiedenen Fallgestaltungen stehen unterschiedliche Anspruchsbescheinigungen zur Verfügung. Wie die Sachleistungen in Anspruch genommen werden können sowie deren Umfang, richtet sich nach dem Recht des Aufenthaltsstaats. Bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Staat besteht grundsätzlich nur ein Anspruch auf die unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendigen Sachleistungen (im EU/EWR-Bereich und der Schweiz) bzw. auf sofort notwendige Sachleistungen in den Abkommenstaaten.

4.5 Nicht erstattungsfähige Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland

Oftmals sind Versicherte der Ansicht, dass sie mit ihrer EHIC oder ihrer Anspruchsbescheinigung bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland alle Sachleistungen wie in Deutschland in Anspruch nehmen können. Wie Sie bereits oben erfahren haben, sind die Ansprüche jedoch mit einigen Begrenzungen (z.B. auf die medizinisch notwendigen Sachleistungen, Vertragsarztleistungen und den

3
leistungsrechtliche Prüfung



Leistungsumfang des gesetzlichen Systems im Aufenthaltsstaat) begrenzt. Darüber hinaus gibt es einige Fälle, in denen eine Kostenübernahme oder eine nachträgliche Kostenerstattung durch die AOK völlig ausgeschlossen ist.

§ 60 Abs. 4 Satz 1 SGB V

Hierzu gehören z.B. Rücktransportkosten aus dem Ausland nach Deutschland, bedingt durch Krankheit, Unfallfolgen oder im Todesfall. Diese sind weder im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten, noch werden Sie zulasten der deutschen Krankenkasse nach dem Recht eines anderen europäischen Staats oder eines Abkommensstaats erbracht.

Beachten Sie außerdem: Entscheiden sich Versicherte für eine Erstattung nach den Vertragssätzen des Aufenthaltsstaats (z.B. des Urlaubslandes), sind nur die von dort mitgeteilten Erstattungsbeträge erstattungsfähig. Eine Kostenerstattung für z.B. Eigenanteile oder für nach dem Recht des Aufenthaltsstaats ausgeschlossene Sachleistungen ist dann nicht möglich, selbst wenn die Zuzahlungen nach deutschem Recht niedriger oder bestimmte Leistungen hier Vertragsleistungen wären (vgl. Punkt 4.7.2 dieses Lernbriefs).

4.6 Auslandsreise-Krankenversicherung und AOK-Service

Generelles zur Kundenberatung

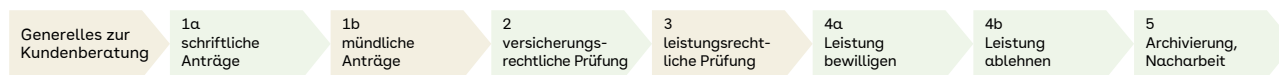
Trotz all der vorgenannten Möglichkeiten zur Kostenübernahme im Krankheitsfall bei einem Aufenthalt im Ausland bestehen also zahlreiche Gründe, die dafür sprechen, unsere Kundschaft auf die Möglichkeit hinzuweisen, eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen.

Für Länder außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums, der Schweiz und der Staaten, mit denen Deutschland ein Abkommen über die aushilfsweise Leistungserbringung bei vorübergehendem Aufenthalt geschlossen hat (Abkommensstaaten), ist die Auslandsreise-Krankenversicherung sogar nahezu die einzige Absicherungsmöglichkeit (Ausnahmen: vgl. Punkt 4.7.4 dieses Lernbriefs).

4.6.1 Vermittlung privater Zusatzversicherungen

Die Vermittlung privater Zusatzangebote, wie die der o.g. privaten Auslandsreise-Krankenversicherung, steht nicht im Konflikt mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsauftrag der AOK. Im Gegenteil, sie ist ausdrücklich durch das SGB V ermöglicht worden, um gesetzliche Versicherungslücken durch Gruppenversicherungsverträge für die Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse zu vergünstigten Bedingungen schließen zu können. Ziel der AOK ist es, durch besonders auf die Bedürfnisse ihrer Kundinnen und Kunden abgestimmte Versicherungsangebote eine stärkere Wettbewerbsdifferenzierung sowie eine erhöhte Kundenbindung zu erreichen. Nutzen Sie diese Möglichkeit der AOK, Ihren Kundinnen und Kunden in Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen Zusatzversicherungsverträge anzubieten. Kooperationspartner der AOK sind z.B. die UKV, die Allianz Private Krankenversicherungs-AG und die Alte Oldenburger Krankenversicherung. Im Rahmen der Kooperation wurden für die AOK-Kundschaft attraktive Sonderkonditionen, wie z.B. Rabatte, vereinfachte Risikoprüfungen oder der Verzicht auf allgemeine Wartezeiten vereinbart. Auch ältere

§ 194 Abs. 1a SGB V, § 6a AOK Muster-satzung



Kundinnen und Kunden können diese Exklusivprodukte nutzen.

Erkundigen Sie sich nach den Rahmenbedingungen und Kooperationspartnern Ihrer AOK und sehen Sie sich dazu auch Ihre Satzungsregelung sowie die Regelung in der AOK-Mustersatzung an.

Neben der Auslandsreise-Krankenversicherung können folgende Angebote Gegenstand der privaten Versicherungsverträge sein:

- Wahlarztbehandlung im Krankenhaus
- Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus
- Zuschüsse zu Sehhilfen
- Zuschuss zu den Kosten für Zahnersatz
- Krankenhaustagegeld
- Krankentagegeld
- Behandlung durch Heilpraktiker

Näheres zu Zusatzversicherungen erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten“.

4.7 Leistungsansprüche bei Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen

Lernbeispiel 2

Elke Ehlers ist Diabetikerin und benötigt regelmäßig Insulin; dies muss ärztlich verschrieben werden. Außerdem erlitt sie letztes Jahr während eines Skiurlaubs in Österreich einen komplizierten Beinbruch. Die ihr deshalb in Österreich eingesetzte Metallplatte muss nun entfernt werden. Da Elke Ehlers diese gerne während ihres diesjährigen erneuten Urlaubs in Österreich im dortigen Krankenhaus entfernen lassen möchte, fragt sie nun bei Ihnen nach, was von ihr zu veranlassen ist.

Der Vertragsleistungssatz für diese sechstägige Behandlung beträgt nach einem Ihnen von Elke Ehlers vorgelegten Kostenvoranschlag in Österreich 6.700 €, wovon sie jedoch einen Eigenanteil von 16,60 € pro Tag zu zahlen hat. Die gleiche Behandlung würde laut Aussage Ihrer Vertragsabteilung in Deutschland mit einem DRG von 6.750 € abzgl. Eigenanteilen berechnet.

1b
mündliche
Anträge

Sachverhalte, wie den oben beschriebenen, bei denen Versicherte gezielt zur Behandlung einer Erkrankung einen Behandler (z.B. Arzt, Krankenhaus) im Ausland aufsucht oder dort eine bestimmte Untersuchung (auch z.B. eine Laboruntersuchung) durchführen lassen möchte, sind sowohl im deutschen als auch im überstaatlichen Recht geregelt.

3
leistungsrechtliche
Prüfung



Dabei können die Kundinnen und Kunden der AOK Leistungsansprüche im EWR-Ausland wahlweise auf Basis einer der beiden Rechtsgrundlagen in Anspruch nehmen:

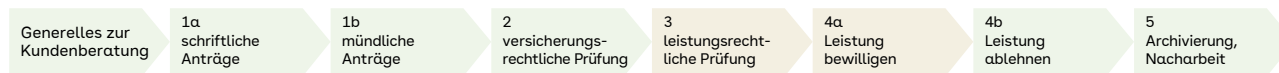
- auf Basis des **überstaatlichen Rechts**
entsprechend den Regelungen der EG- bzw. EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit (z.B. durch Vorlage des Vordrucks E 112 in den EWR-Staaten und der Schweiz oder des Vordrucks E112 bzw. S 2 in den EU-Staaten)
- auf Basis des **innerstaatlichen Rechts**
entsprechend der Regelung des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V in Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in Verbindung mit der jeweiligen Satzung der Krankenkasse (z.B. der Kunde zahlt die Kosten der ärztlichen Behandlung in Italien selbst und legt die Rechnung anschließend bei der AOK zur Erstattung vor).

Beide Ansprüche – auf die Sachleistung nach den EG- bzw. EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit und die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V – bestehen grundsätzlich nebeneinander. Im Abkommensrecht dagegen fehlt eine parallele nationale Vorschrift, vergleichbar der Regelung in § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V. Hier bestehen daher nur Ansprüche im Rahmen des jeweiligen Abkommens. Wir beschreiben im Folgenden die entsprechenden Ansprüche mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen.

4.7.1 Leistungsansprüche in anderen europäischen Staaten oder der Schweiz nach überstaatlichem Recht

Gezielte Reisen zum Zwecke der Behandlung in einen anderen EU-/EWR-Staat oder die Schweiz sind in diesen Fällen grundsätzlich von der Genehmigung der Krankenkasse abhängig. Diese Genehmigung ist nur dann nicht erforderlich, wenn die Behandlung der versicherten Person in Deutschland in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht in einem medizinisch vertretbaren Zeitraum zur Verfügung gestellt werden kann. Die dafür notwendigen medizinischen Beurteilungen werden über den Medizinischen Dienst (MD) sichergestellt. Dabei besteht allerdings keinen Anspruch auf eine bestimmte Behandlungsform. Steht in Deutschland rechtzeitig eine andere geeignete Behandlungsform zur Verfügung, besteht für die AOK keine Verpflichtung zur Genehmigung der Auslandsbehandlung.

Hiervon sind die Fälle zu unterscheiden, in denen Versicherte zwar eine handlungsbedürftige (z.B. eine chronische) Krankheit besitzen, die auch während des Auslandsaufenthalts behandelt werden muss, dies aber nicht der Grund für den Auslandsaufenthalt ist. Hierfür anfallende Behandlungen können Versicherte bei einem Vertragsleistungserbringer in einem anderen europäischen Staat oder der Schweiz unmittelbar mit der EHIC, ohne Genehmigung der AOK, in Anspruch nehmen.



Zum Lernbeispiel 2 von Seite 22

Beraten Sie Elke Ehlers im Hinblick auf ihre Sachleistungsansprüche.

- Das Insulin ist aufgrund der Diabetes während des Urlaubs medizinisch notwendig. Ebenso die hierfür notwendige medizinische Untersuchung. Beides kann daher von Elke Ehlers mit ihrer Europäischen Krankenversichertenkarte unmittelbar beim Vertragsarzt bzw. der Apotheke in Anspruch genommen werden. Eine vorherige Genehmigung durch die AOK ist nicht erforderlich.
- Bei der Entfernung der Metallplatte handelt es sich dagegen um eine gezielte Inanspruchnahme in Österreich. Die Metallplatte könnte auch vor oder nach dem Urlaub in Deutschland entfernt werden. Hierfür benötigt Elke Ehlers daher die Zustimmung der AOK.

zu, je nach Leistungsumfang und Kostenniveau des jeweiligen Staats. Die Kosten werden vom Leistungserbringer mit der Krankenkasse am Aufenthaltsort zu Vertragssätzen abgerechnet. Diese stellt die Kosten über den GKV-Spitzenverband wiederum der AOK in Rechnung. Dadurch ist sichergestellt, dass die versicherte Person keine höheren Kosten zu tragen hat als eine im Behandlungsstaat gesetzlich versicherte Person.

Die im Behandlungsstaat anfallenden Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen können Sie entweder dem Merkblatt „Urlaub in...“ für den jeweiligen EU-/EWR-Staat entnehmen oder direkt bei der Verbindungsstelle für die Krankenversicherung des jeweiligen Staats anfordern. Deren Adressen finden Sie im Internet unter **www.dvka.de** unter Kontaktadressen – Verbindungsstellen der Krankenversicherung im Ausland.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Erteilt die AOK ihre Zustimmung, dokumentiert sie dies durch Ausstellung eines der Vordrucke E 112 bzw. S 2. Sehen Sie sich diese Vordrucke einmal an. Sie können mit diesen Vordrucken die Leistungsanspruchnahme im anderen Staat sowohl hinsichtlich des Leistungserbringers als auch des Leistungszeitraums und des Leistungsumfangs genau bestimmen. Den Vordruck legt die versicherte Person unmittelbar dem Leistungserbringer vor. Sie erhält die Leistung dann im anderen EU-/EWR-Staat in dem Umfang und in der Art und Weise, wie eine dort gesetzlich versicherte Person. Sieht also z.B. das Recht dieses Staats höhere oder niedrigere Eigenbeteiligungen vor, gelten diese grds. auch für die versicherte Person. Ebenso kommen auf die AOK höhere oder niedrigere Kosten

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 22

Notieren Sie, was Sie beachten müssen, wenn Sie Elke Ehlers die Genehmigung zur Entfernung der Metallplatte in Österreich erteilen möchten.

- Sie informieren Elke Ehlers, dass diese im Vorfeld klärt, ob das Krankenhaus in Österreich im gewünschten Behandlungszeitraum freie Kapazitäten hat und eine Entfernung der Metallplatte über den Vordruck E112 bzw. S 2 möglich ist. (Die Leistung muss dort zu den gesetzlichen Vertragsleistungen gehören und das Krankenhaus ein Vertragskrankenhaus der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung sein.)

4a
Leistung bewilligen



- Ist dies der Fall, stellen Sie Elke Ehlers den Vordruck E112 bzw. S 2 für die Entfernung der Platte in Österreich aus.
- Sie beraten Elke Ehlers darüber, dass Sie den Vordruck im Krankenhaus abzugeben hat und sie die Leistung dort wie eine in Österreich gesetzlich Versicherte, mit den dortigen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen erhält.
- Sie geben Elke Ehlers die Anschrift und Telefonnummer der österreichischen Verbindungsstelle der Krankenversicherung, damit sie sich dort über den gesetzlichen Leistungsumfang nach österreichischem Recht informieren kann (Adresse unter www.dvka.de).

Bei einer Behandlung in einem anderen EU-Staat sind bei einer Genehmigung der Auslandsbehandlung auch damit ggf. untrennbar verbundene Reise- und Aufenthaltskosten der versicherten Person und einer ggf. erforderlichen Begleitperson zu tragen, sofern diese auch bei einer Behandlung im Inland zu tragen wären.

Beispiel

Friedrich Flink wohnt in Baden-Württemberg, nahe der französischen Grenze. Zum französischen Krankenhaus hat er nur fünf Minuten Fahrzeit, zum nächstgelegenen deutschen Krankenhaus jedoch 45 Minuten. Er fragt daher bei Ihnen an, ob er seine notwendige Knieoperation im französischen Krankenhaus durchführen lassen kann.

Die Vertragsleistungskosten, abzgl. Eigenanteile belaufen sich in Deutschland auf 10.000 €. Die Gesamtkosten in Frankreich betragen 11.000 €. Davon sind nach französischem Recht 80 % als gesetzliche Leistung vom Krankenhaus abrechnungsfähig. 20 % verbleiben nach französischem Recht als Eigenanteil beim Versicherten.

Folge

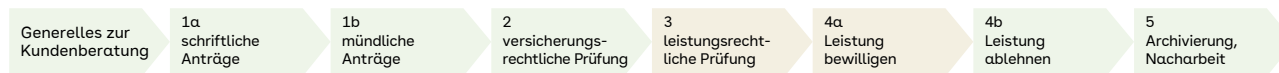
Sofern die erforderliche Knieoperation rechtzeitig auch in Deutschland erbracht werden kann, müssen Sie der Operation im französischen Krankenhaus nicht zustimmen. Stimmen Sie dennoch zu (Ermessensentscheidung), stellen Sie Friedrich Flink für die Krankenhausbehandlung in Frankreich einen Vordruck E112 bzw. S 2 aus.

4.7.1.1 Selbst bezahlte Sachleistungen und Fahrtkosten

3
leistungsrechtliche Prüfung

Art. 26
Abs. 7 VO
(EG) Nr. 987/
2009

Hat die versicherte Person einen Teil oder die gesamten Kosten der genehmigten ärztlichen Behandlung tatsächlich selbst getragen und sind die von der AOK dem Träger des Aufenthaltsorts zu erstattenden Kosten (tatsächliche Kosten) geringer als die Kosten, die die AOK für die gleiche Behandlung in Deutschland hätte übernehmen müssen (angenommene Kosten), hat sie auf Antrag einen Erstattungsanspruch bis zur Höhe des Betrags, um den die angenommenen Kosten die tatsächlichen Kosten überschreiten. Der Erstattungsbetrag darf jedoch die der versicherten Person tatsächlich entstandenen Kosten abzüglich der in Deutschland zu tragenden Eigenbeteiligung nicht überschreiten.



Dies stellt auf der einen Seite sicher, dass für Friedrich Flink nur die französischen Vertragssätze in einer französischen Vertragsklinik anfallen. Da er aber mit der o.g. Anspruchsbescheinigung in Frankreich wie ein dort gesetzlich Versicherter behandelt wird, hat er grds. auch den dort gültigen Eigenanteil von 20 % der Behandlungskosten selbst zu tragen. 80 % von 11.000 € entspricht 8.800 €.

Dieser Betrag wird der AOK aus Frankreich belastet. Da die AOK in Deutschland aber 10.000 € für diese Operation hätte zahlen müssen, verbleibt aus dem Eigenanteil des Versicherten von 2.200 € noch ein erstattungsfähiger Betrag von 1.200 €. Die AOK trägt somit in der Summe wieder 10.000 €, zzgl. der anfallenden Reisekosten, sofern diese auch bei einer Behandlung in Deutschland zu tragen wären.

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 22

Die AOK trägt die vom österreichischen Krankenhaus mit der dortigen Gebietskrankenkasse abgerechneten Kosten des Vertragsleistungssatzes (6.700 € – 99,60 € Eigenanteil) 6.600,40 €, welche ihr durch den GKV-Spitzenverband, DVKA in Rechnung gestellt werden.

Da die AOK bei einer Behandlung in Deutschland mit (6.750 € – 60 € Eigenanteil) 6.690 € belastet worden wäre, erstattet sie Elke Ehlers auf Antrag aus ihrer Eigenbeteiligung noch 89,60 €.

4a
Leistung
bewilligen

4.7.2 Leistungsansprüche in anderen europäischen Staaten oder der Schweiz nach deutschem Recht

4.7.2.1 Ambulante Behandlung

Auch das deutsche Recht sieht in § 13 SGB V Leistungsansprüche bei einem Auslandsaufenthalt vor. Beide Ansprüche – auf die Sachleistung nach den EG- bzw. EWG-Verordnungen über soziale Sicherheit und die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V – bestehen grundsätzlich nebeneinander. Die Regelungen des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V gelten sowohl für Pflichtversicherte als auch für freiwillig Versicherte und alle familienversicherten Angehörigen unabhängig davon, ob Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt wurde.

Die AOK erfüllt ihre Leistungsverpflichtung dabei durch Kostenerstattung an die versicherte Person, wenn die in § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V genannten Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Kostenerstattung für Sachleistungen, die in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz in Anspruch genommen wurden, ist nur möglich

1. für ambulante Sachleistungen, die auch das deutsche Recht kennt,
2. unter den gleichen Voraussetzungen wie in Deutschland und
3. in Höhe der deutschen Vertragssätze abzgl. der in Deutschland von der versicherten Person zu zahlenden Eigenanteile/Zuzahlungen sowie eines in der Satzung der AOK festgelegten prozentualen Abschlags für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 13 Abs. 4
– 6 SGB V

Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DVKA zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes v. 19. 11. 2003 i.d.F.v. 18. 03. 2008



Die AOK kann Kosten nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V also nur für solche Behandlungen erstatten, die auch in Deutschland zu ihren Lasten erbracht werden. Außerdem müssen alle nach deutschem Recht maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen wie Antragstellung, Begutachtung, Verordnung oder z.B. Heil- und Kostenplan beim Zahnersatz erfüllt sein. Die versicherte Person muss zur Kostenerstattung quitierte und spezifizierte Rechnungen vorlegen. Die Rechnungen sind in deutsch vorzulegen. Übersetzungskosten gehen dabei zu ihren Lasten.

Zu beachten ist auch, dass die Kostenerstattung nur für solche Leistungserbringer erfolgen darf, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufs Gegenstand einer EU-Richtlinie (Status-Arzt) sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaats zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind (Vertragseinrichtung). Auch die Inanspruchnahme von Privatärzten/ Zahnärzten während eines vorübergehenden Aufenthalts ist somit also abgedeckt. Ein Vertragskrankenhaus, das grundsätzlich Leistungen für die im Behandlungsstaat gesetzlich Versicherten erbringt, kann also auch dann gewählt werden, wenn es die gewählte Leistung nur als Privatleistung anbietet. Dabei reicht es aus, wenn diese Leistung in Deutschland zum gesetzlichen Leistungskatalog gehört. Sie muss also im Behandlungsstaat keine gesetzliche Leistung sein.

Die versicherte Person nimmt in diesen Fällen, anders als bei den unter Pkt. 4.7.1 beschriebenen Fällen, die Leistung im Ausland nicht mehr als Vertragspatient, wie eine im Ausland gesetzlich versicherte Person, sondern als Privatpatient in Anspruch.

Somit kann die versicherte Person hierbei auch Leistungen in Anspruch nehmen, die zwar das deutsche Recht, nicht aber das gesetzliche Krankenversicherungssystem des Aufenthaltsstaats kennt (z.B. Zahnersatz oder Kuren). Auf der anderen Seite ist der Leistungserbringer auch nicht mehr an die dortigen Vertragssätze oder das im Aufenthaltsstaat gesetzlich bestimmte Leistungsspektrum gebunden. Da nun die versicherte Person Vertragspartner des Leistungserbringers ist, hat sie demzufolge auch etwaige Schadenersatz- oder Gewährleistungsansprüche im Ausland selbst zu verfolgen und ggf. auf dem Zivilgerichtsweg einzuklagen.

Sind in Deutschland Sachleistungen vor der Inanspruchnahme bei der AOK zu beantragen und von einer Genehmigung der AOK abhängig, gilt dies selbstverständlich auch bei einer Inanspruchnahme im Ausland.

Erstattungsfähig sind beim Zahnersatz die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal jedoch die deutschen befundorientierten Festzuschüsse nach § 55 ff. SGB V. Vom Erstattungsbetrag ist noch der Verwaltungskostenabschlag abzuziehen.

Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DVKA zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes v. 19. 11. 2003 i.d.F.v. 18. 03. 2008



Beispiel

Lothar Richter benötigt dringend umfassenden Zahnersatz. Sein Zahnarzt in Deutschland hat einen Heil- und Kostenplan zur Genehmigung bei der AOK ausgestellt. Durch eine Pressemitteilung wurde Lothar Richter darauf aufmerksam, dass er diesen Zahnersatz ggf. günstiger in Polen anfertigen lassen könnte. Er möchte nun wissen, ob die AOK die Kosten des Zahnersatzes auch in Polen übernimmt und was er beachten muss.

Folge

Lothar Richter kann als Versicherter der AOK nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans unter den gleichen Bedingungen wie in Deutschland Zahnersatz auch in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz erhalten. Ein ggf. in polnischer Sprache ausgestellter Heil- und Kostenplan muss zunächst von Lothar Richter ins Deutsche zu seinen Lasten übersetzt werden. Die AOK erstattet die tatsächlich entstandenen Kosten des Zahnersatzes, maximal jedoch die deutschen befundorientierten Festzuschüsse nach § 55 ff. SGB V. Grundlage für die Behandlung des Versicherten ist der zwischen ihm und dem Zahnarzt im Ausland geschlossene privatrechtliche Behandlungsvertrag. Für diesen gilt das Recht des Behandlungsstaats. Gewährleistungsansprüche hat der Versicherte selbst beim Zahnarzt im Behandlungsstaat geltend zu machen. Der Arzt ist bei der Leistungserbringung weder an das gesetzliche Leistungsspektrum in Deutschland noch an das des Behandlungsstaats gebunden.

Eine Kostenerstattung nach deutschem Recht ist auch in all den Fällen denkbar, die unter Pkt. 4.4 hinsichtlich der Ansprüche nach EU-Recht beschrieben wurden. Hierzu gehören z.B. alle Fälle, in denen während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz eine Behandlung von der versicherten Person privat bezahlt wurde. Da aber die Erstattung von Sachleistungen, die in den EU-Staaten in Anspruch genommen wurden, auf der unter Pkt. 4.4 beschriebenen EU-rechtlichen Grundlage ohne Abzug von Verwaltungskosten, Arzneimittelrabatten und ggf. anfallenden Übersetzungskosten vorgesehen ist, ist diese in der Praxis im Regelfall für die versicherte Person günstiger. Da beide Ansprüche nebeneinander bestehen, steht der versicherten Person der betragsmäßig höhere Anspruch zu.

Beispiel

Verona Kurz verbrachte ihren Urlaub in den Niederlanden. Am Strand trat sie in einen Seeigel und musste daraufhin einen Arzt aufsuchen. Da sie keine EHIC vorlegen konnte, stellte dieser ihr eine Privatrechnung in Höhe von 100 € aus.

Folge

Bei einer Erstattung nach den EU-rechtlichen Regelungen können Sie Verona Kurz mit deren Zustimmung, die deutschen Vertragssätze erstatten. Würden Sie dagegen eine Erstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V vornehmen, müssten Sie noch Verwaltungskostenpauschbeträge entsprechend Ihrer Satzung in Abzug bringen. Die Erstattung nach EU-Recht führt daher zu einem höheren Erstattungsbetrag. Verona Kurz ist der höhere Betrag zu erstatten.



4.7.2.2 Stationäre Behandlung

§ 13 Abs. 5
SGB V

Entgegen der ambulanten Behandlung gilt bei der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Besonderheit. Hier erhält der Kunde bzw. die Kundin eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V nur dann, wenn die Krankenkasse die Behandlung vorher genehmigt hat (Genehmigungsvorbehalt). Durch den vom Gesetzgeber den Krankenkassen eingeräumten Genehmigungsvorbehalt besteht vom Grundsatz her ein Vorrang zugunsten vertraglich an die Krankenkassen gebundener inländischer Leistungserbringer. Dieser Vorrang gilt jedoch nicht, wenn die versicherte Person eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten kann. Neben den vorgenannten medizinischen Aspekten sind auch die individuellen Bedürfnisse der versicherten Person (z.B. Nähe zur Familie), die eine Behandlung positiv beeinflussen können, für die Entscheidung über die Genehmigung zu berücksichtigen.

Da für eine Erstattung nach § 13 Abs. 5 SGB V der deutsche Leistungskatalog maßgebend ist, kann – im Gegensatz zu den EG-rechtlichen Möglichkeiten – hierüber auch eine Behandlung im europäischen Ausland oder der Schweiz in Anspruch genommen werden, die zwar im deutschen, nicht aber im gesetzlichen Leistungskatalog des Aufenthaltsstaats enthalten ist.

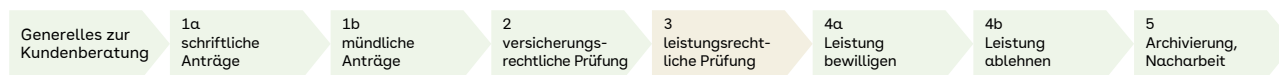
Eine Direktabrechnung des ausländischen Krankenhauses mit der AOK sieht § 13 Abs. 5 SGB V nicht vor, da nicht die AOK, sondern die versicherte Person in diesen Fällen Vertragspartner des Krankenhauses ist. Die Kosten sind daher vorzufinanzieren.

Die AOK erstattet im Nachhinein anhand der ihr vorgelegten quittierten Rechnungen. Sind diese zu übersetzen, gehen Übersetzungskosten zulasten der versicherten Person.

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 22

Prüfen Sie, ob Sie Elke Ehlers die Kosten auch nach deutschem Recht erstatten könnten. Informieren Sie Elke Ehlers, was sie dabei beachten muss.

- § 13 Abs. 5 SGB V ermöglicht sowohl eine Genehmigung als auch die Ablehnung, wenn eine vergleichbare Behandlung rechtzeitig in Deutschland erfolgen kann.
- Genehmigt die AOK die stationäre Behandlung in Österreich, sind die erstattungsfähigen Beträge auf die Höhe der deutschen DRG-Beträge abzüglich der in der AOK-Satzung vorgesehenen Verwaltungskostenpauschale sowie der Eigenanteile begrenzt.
- Elke Ehlers ist darüber zu informieren, dass sie nun nicht mehr wie eine gesetzlich Versicherte des österreichischen Krankenversicherungssystems behandelt wird. Das Krankenhaus ist daher auch nicht mehr an den im Rahmen der EU-rechtlichen Behandlung mitgeteilten Kostenrahmen gebunden. Dadurch können die Kosten in Österreich deutlich höher ausfallen. Die Höhe der Kostenerstattung der AOK ist aber – unabhängig davon – auf das im letzten Punkt genannte Kosten-niveau begrenzt. Evtl. verbleibende Restkosten sind von Elke Ehlers zu tragen.



- Elke Ehlers schließt in diesem Fall einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag nach österreichischem Recht. Im Falle eines ärztlichen Kunstfehlers oder bei vertraglichen Streitigkeiten, sind diese von Elke Ehlers auf zivilrechtlichem Wege in Österreich selbst zu verfolgen.
- Elke Ehlers ist darüber zu informieren, dass die Kosten zunächst von ihr vorzufinanzieren sind und für eine Erstattung quitierte Originalbelege und eine detaillierte Rechnung erforderlich sind.

Besonderheiten bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen EU-/ EWR-Staat oder der Schweiz möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen. Diese Fälle sind jedoch aufgrund der medizinischen Versorgungslage in Deutschland in der Praxis äußerst selten.

Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V ist ausgeschlossen, wenn die Behandlungskosten für einen bestimmten Personenkreis im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschbetrags zu erstatten sind oder der AOK aufgrund eines mit dem jeweiligen Staat vereinbarten Erstattungsverzichts für Behandlungen in diesem Staat keine Kosten entstehen würden.

Pauschbeträge für Sachleistungen, die Ihre Versicherten im europäischen Ausland erhalten haben, fallen nur im Zusammenhang mit im anderen Staat wohnenden Versicherten an (vgl. Punkt 5 dieses Lernbriefs). Alle zwischen Deutschland und anderen europäischen Staaten ehemals abgeschlossenen Erstattungsverzichtsabkommen wurden inzwischen gekündigt. Durch diese Regelung entsteht somit in der Praxis in den hier genannten Fällen keine Einschränkung für die Kostenerstattung.

4.7.3 Leistungsansprüche bei Reisen in einen Abkommensstaat

Im Pkt. 4.4.3 haben wir bereits erläutert, dass bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Bosnien-Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien oder in der Türkei nur Anspruch auf die sofort notwendigen Sachleistungen besteht (Notfallbehandlung). Begibt sich eine versicherte Person mit einer bestehenden Erkrankung in einen dieser Staaten, benötigt sie für die dortige (Weiter-)Behandlung ihrer bestehenden Erkrankung in jedem Fall im Vorfeld die Genehmigung hierzu durch die AOK.

Auch hier handelt es sich bei der Zustimmung zur Behandlung im Ausland um eine Ermessensleistung. Stimmen Sie der Behandlung im anderen Staat zu, dokumentieren Sie dies durch den im jeweiligen Abkommen hierfür vorgesehenen Vordruck. Diesen legt die versicherte Person beim regional zuständigen Träger vor Ort im Aufenthaltsstaat vor. Die einzelnen Vordrucke finden Sie im Internet unter **www.dvka.de**. Auch hier erhalten Versicherte die Leistungen im anderen Staat nur in dem Umfang und in der Art und Weise, wie es das dortige gesetzliche Krankenversicherungssystem vorsieht.



Beispiel

Yilmaz Öger fliegt jedes Jahr in den Betriebsferien in seine Heimat, die Türkei. Eine Woche bevor Yilmaz Öger dieses Jahr in Urlaub fliegen kann, bricht er sich in seiner Freizeit den rechten Arm und wird dadurch arbeitsunfähig.

Folge

Yilmaz Öger benötigt für eine Behandlung seiner Armverletzung während seines Urlaubs in der Türkei die Zustimmung der AOK. Die Zustimmung wird dokumentiert, indem die AOK Yilmaz Öger eine Anspruchsbescheinigung (Vordruck T/A 12) ausstellt. In diesem Fall hätte Yilmaz Öger in der Türkei bei Inanspruchnahme einer Vertrags-einrichtung oder eines Vertrags-arztes des türkischen aushelfenden Trägers Anspruch auf Sachleistungen nach den Sozialversicherungsvorschriften der Türkei. Dieser Anspruch wäre nicht auf die sofort notwendigen Sachleistungen beschränkt.

Fall, dass sich eine versicherte Person wegen ihrer Erkrankung (z.B. über eine Auslandsreise-Krankenversicherung) nicht entsprechend privat absichern kann, eine – mit Ausnahme von Schul- und Studienaufenthalten – auf sechs Wochen im Kalenderjahr begrenzte Leistungspflicht der AOK in Höhe der deutschen Vertragsätze vor. Dieser Anspruch gilt in allen Staaten außerhalb der EU bzw. des EWR.

§ 17 SGB V regelt, dass Mitglieder (z.B. der AOK), die im Ausland beschäftigt sind, Anspruch auf die ihnen zustehenden Leistungen der Krankenversicherung bei Krankheit und Mutterschaft gegenüber ihrem Arbeitgeber haben. Das gilt auch für die anspruchsberechtigten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied begleiten oder besuchen.

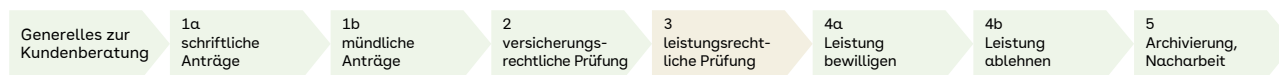
§§ 17, 24c SGB V

Die AOK hat in diesen Fällen dem Arbeitgeber die entstandenen Kosten (inkl. Kranken- und Mutterschaftsgeld) bis zu der Höhe zu erstatten, bis zu der sie im Inland angefallen wären. Bei Erkrankung der arbeitnehmenden Person während eines berufsbedingten Aufenthalts in den EU-/EWR-Staaten und der Schweiz ist von der Krankenkasse für die Sachleistungskosten jeweils eine Vergleichsberechnung vorzunehmen. Zu vergleichen sind dabei die Kosten für die Sachleistungen, die im Aufenthaltsstaat gesetzlich beansprucht werden konnten mit den nach deutschem Recht erstattungsfähigen Kosten. Der höhere Betrag ist dem Arbeitgeber von der Krankenkasse zu erstatten. Dieser besondere Personenkreis ist somit auch bei Auslandsaufenthalt mit Leistungsansprüchen abgesichert.

4.7.4 Erstattungsansprüche nach deutschem Recht bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz

§ 18 Abs. 3 SGB V

Neben den bereits genannten Möglichkeiten, Leistungen bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Abkommensstaat zu erhalten, sieht auch das deutsche Recht in § 18 SGB V für den



4.8 Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit bei Aufenthalt im Ausland

3
leistungsrechtliche Prüfung

Art. 27 Abs. 8
VO (EG)
987/2009

Erkrankt eine arbeitnehmende Person während eines Auslandsaufenthalts, muss zuverlässig festgestellt werden, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt und wie lange sie dauert. Bei der Krankenkontrolle unterstützt der ausländische Krankenversicherungsträger vor Ort die deutsche Krankenkasse. Während dies jedoch in den EU-Staaten nur auf ausdrückliche Beauftragung und gegen Vergütung durch die AOK erfolgt, sehen die für die EWR-Staaten und die Schweiz geltenden Regelungen der EWG-Verordnungen sowie die Regelungen der bilateralen Abkommen ein vereinfachtes Verfahren zur Feststellung und Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit vor. In diesen Fällen wendet sich die versicherte Person bei einer Arbeitsunfähigkeit daher mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den aushelfenden Träger am Aufenthaltsort. Dieser prüft die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Das Ergebnis teilt er Ihnen auf einem dafür vorgesehenen Vordruck mit. Hält sich die versicherte Person an dieses Verfahren, hat sie ihre Arbeitsunfähigkeit wirksam nachgewiesen.

Bei einem Aufenthalt in einem EU-Staat ist es dagegen Ihre Aufgabe, anhand der aus dem Ausland übermittelten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung festzustellen, ob Sie diese als Nachweis akzeptieren. Eine in ausländischer Sprache ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss daher zunächst von Ihnen übersetzt werden. Bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit können Sie dann den Krankenversicherungsträger (aushelfender Träger) am Aufenthaltsort der versicherten Person mit der Überprüfung beauftragen oder die Überprüfung (z.B. durch eigene Ärzte vor Ort) selbst vornehmen lassen. Auch ist es möglich, bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in einem EU-Staat, diese zur Krankenkontrolle nach Deutschland einzubestellen. In diesem Fall hat die AOK jedoch die damit verbundenen Kosten zu tragen. Als kleine „Arbeitshilfe“ lohnt sich ein Blick in das DVKA-Rundschreiben.

Genauere Informationen zum Verfahren der Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit bei einem gewöhnlichen (z.B. Grenzgänger) oder vorübergehenden Aufenthalt (z.B. Urlauber) in einem EU-/EWR- oder Abkommensstaat bzw. der Schweiz finden Sie auch in den Merkblättern „Urlaub in ...“.

RS 2010/217
v. 30. 04. 2010,
RS 2010/363 v.
26. 07. 2010



5 Gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland

Die vorher genannten Merkblätter enthalten ebenfalls Hinweise darüber, wie sich die versicherte Person bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland verhalten muss, um ihren Anspruch auf Krankengeld nicht zu gefährden. Sehen Sie sich diese Merkblätter einmal an.

4.9 Geldleistungen

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Art. 21
Nr. 883/2004,
Art. 27
VO (EG)
Nr. 987/2009

Geldleistungen (z.B. Krankengeld und Pflegegeld) richten sich nach den über- und zwischenstaatlichen Regelungen immer nach dem Recht des zuständigen Trägers (Träger, bei dem die Versicherung besteht). Dabei sehen nur die europäischen Regelungen Geldleistungen bei Krankheit und Pflege vor. Die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit sehen jedoch keine Leistungen bei Pflege vor. Bei einem Aufenthalt in diesen Staaten kann daher als Geldleistung Pflegegeld nicht in Betracht kommen. Geldleistungen (z.B. Krankengeld) bei einem Aufenthalt außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz oder eines der o.g. Abkommensstaaten kommt – mit Ausnahme der in § 17 SGB V genannten Fälle (vgl. Punkt 4.7.4 dieses Lernbriefs) – ebenfalls nicht in Betracht.

Merke

Der Anspruch auf Geldleistungen richtet sich in allen Fällen des über- und zwischenstaatlichen Rechts weiterhin nach deutschem Recht.

Lernbeispiel 3

Sie sind in der Kundenberatung der AOK tätig. Heute war Ihr Kunde Boris Graf bei Ihnen. Boris Graf ist pflichtversicherter Rentner. Er bezieht eine deutsche Rente in Höhe von 1.800 € monatlich.

Boris Graf fragt bei Ihnen nach, ob und wenn ja, welche Leistungsansprüche er hätte, wenn er seinen Wohnsitz nach Spanien verlegen würde. Da er dort öfter Urlaub gemacht hat und kein spanisch spricht, möchte er gerne weiterhin zu dem in Spanien tätigen Privatarzt Dr. Abendroth gehen. Für die dort anfallenden Kosten hatte die AOK bisher immer die deutschen Kassensätze erstattet, wenn er die Rechnungen nach seinen Spanienurlaube bei Ihnen vorlegte.

1b
mündliche
Anträge

Der gewöhnliche Aufenthalt im anderen Staat betrifft verschiedene Personenkreise. Hierbei kann es sich z.B. um den in Deutschland krankenversicherten Rentner handeln, der seinen Lebensabend in Spanien verbringen möchte und eine Rente aus Deutschland bezieht oder um den Grenzgänger, der in Deutschland beschäftigt und krankenversichert ist und seinen Wohnsitz in einem Nachbarland hat. Auch in diesen Fällen muss der Berechtigte seinen Anspruch mit einer Anspruchsbescheinigung nachweisen. Hierzu stehen im EU- und Abkommensrecht – je nach Personenkreis – verschiedene Anspruchsbescheinigungen zur Verfügung. Sehen Sie sich die Anspruchsbescheinigungen in Ihrem Fachbereich einmal an.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Art. 17, 18,
22 Nr. 883/
2004,
Art. 24
VO (EG)
Nr. 987/2009



Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem der o.g. Staaten besteht neben einem uneingeschränkten Sachleistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats auch ein voller Sachleistungsanspruch in Deutschland sowie ein Geldleistungsanspruch nach deutschen Rechtsvorschriften (mit Ausnahme des Pflegegeldes in Abkommensstaaten).

Beispiel

Otto Ohlmanns bezieht eine deutsche Rente und ist in der KVdR bei der AOK pflichtversichert. Otto Ohlmanns wohnt in Spanien. Er ist pflegebedürftig (Pflegegrad 2).

Folge

Otto Ohlmanns erhält in Spanien alle Sachleistungen des gesetzlichen spanischen Krankenversicherungssystems zulasten der AOK sowie über seine deutsche Krankenversicherungskarte alle gesetzlichen Leistungen in Deutschland, wenn er sich hier vorübergehend aufhält. Außerdem zahlt die AOK Otto Ohlmanns Pflegegeld nach Spanien.

Über die Anspruchsbescheinigung der AOK erhält Ihr Versicherter bei Wohnsitznahme im anderen Staat alle Sachleistungen, wie ein dort gesetzlich Versicherter. Eine Kostenerstattung für privatärztlich in Anspruch genommene Sachleistungen kann sich daher nach den über- und zwischenstaatlichen Regelungen allenfalls gegen den Wohnortträger, nicht mehr jedoch gegen die AOK, richten.

Für Versicherte, die im europäischen Ausland wohnen, bestehen Erstattungsansprüche in diesen Fällen gegen die AOK ggf. noch nach § 13 SGB V, sofern die Kosten, die die AOK im Rahmen der Sachleistungserbringung im anderen Staat aufwendet, nicht mit einer monatlichen Pauschale oder im Rahmen eines Erstattungsverzichtsabkommens beglichen werden.

Erstattungsverzichtsabkommen bestehen derzeit keine zwischen Deutschland und einem anderen europäischen Staat. Pauschalen werden von Deutschland für im europäischen Ausland wohnende Rentner und Familienangehörige in folgende Staaten gezahlt:

- Irland
- Norwegen
- Portugal
- Schweden
- Spanien
- dem Vereinigten Königreich*
- Zypern

*DVKA RS 2020/964 v. 29. 12. 2020

Art. 63 VO (EG) 987/09

Anhang 3 des VO (EG) 987/09

Zum Lernbeispiel 3 von Seite 33

Welche Leistungsansprüche hat Boris Graf nach einem Umzug nach Spanien und wie weist er diese nach?

- Boris Graf hat bei einem Umzug nach Spanien alle Sachleistungsansprüche wie ein dort gesetzlich versicherter Rentner.
- Hierfür erhält er von der AOK eine Anspruchsbescheinigung (Vordruck E121 bzw. S 1).

4a
Leistung
bewilligen



6 Zusammenfassende Selbstkontrolle

- Kostenerstattungsansprüche für privatärztliche Leistungen (z.B. bei Dr. Abendroth) kann Boris Graf nicht mehr geltend machen, da weder die EU-rechtlichen Regelungen hierfür eine Grundlage bieten, noch § 13 SGB V (Die AOK zahlt eine Pauschale für die von Boris Graf in Spanien in Anspruch genommenen Leistungen nach Spanien.).
- Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland erhält Boris Graf mit seiner deutschen Krankenversicherungskarte von der AOK hier weiterhin alle Leistungen wie gewohnt.
- Im Pflegefall zahlt die AOK auch Pflegegeld nach Spanien.

Aufgabe 1

In welchen Fällen kann die AOK für ihre Kundinnen und Kunden auch Leistungen bei einem Aufenthalt im Ausland übernehmen?

Aufgabe 2

Die bei Ihrer AOK versicherte Familie Müller plant einen Urlaub auf Hawaii. Was würden Sie der Familie Müller hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes raten?

Sachverhalt

Carlo Coloni möchte diesen Sommer zu seiner Mutter nach Italien reisen, um dort seinen Urlaub zu verbringen. Bei dieser Gelegenheit möchte er auch zwei Zähne im Oberkiefer überkronen lassen. Da sein Zahnarzt in Deutschland dies für notwendig erachtet, aber die Überkronung 3.000 € kosten soll, möchte Carlo Coloni die Behandlung lieber in Italien machen lassen, da sie dort günstiger ist und er damit auch einen geringeren Eigenanteil bezahlen muss. Carlo Coloni fragt nun bei Ihnen nach, was er beachten muss, wenn er während seines Urlaubs in Italien erkrankt und ob er seine Zähne auch in Italien überkronen lassen kann.

Aufgabe 3

Wie beraten Sie Carlo Coloni?

4.6 · Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten





7 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu Aufgabe 1

Unsere Kundinnen und Kunden haben bei einem Auslandsaufenthalt Leistungsansprüche im Rahmen der bestehenden Sonderregelungen (§§ 17, 18 SGB V). Außerdem bestehen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und verschiedenen Staaten für den Bereich der Krankenversicherung über- und zwischenstaatliche Regelungen. Begeben sich die Kunden in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder einen Staat, mit dem ein Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen wurde, das die Krankenversicherung einschließt, erhalten sie dort die im Rahmen des EU- bzw. Abkommensrechts vorgesehenen Leistungen (zulasten der AOK). Dieses Land stellt auftragsweise sein Krankenversicherungssystem zur Verfügung. In einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz hat die versicherte Person außerdem Erstattungsansprüche im Rahmen des § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V.

Geldleistungen (z.B. Krankengeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) richten sich bei einem Aufenthalt in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder einem Staat, mit dem Deutschland ein Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen hat, allerdings immer nach deutschen Rechtsvorschriften. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit keine Leistungen bei Pflege beinhalten.

Lösung zu Aufgabe 2

Familie Müller wäre zu raten, für den Urlaubsaufenthalt auf Hawaii eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen, da das Abkommen mit den USA nicht für den Bereich der Krankenversicherung gilt und

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung während des Aufenthalts nicht erbracht werden können. Bestandteil der Versicherung sollte auch ein Rücktransport nach Deutschland, bedingt durch Krankheit, Unfallfolgen oder im Todesfall, sein. Empfehlen Sie der Familie Müller für den Abschluss einer solchen privaten Auslandsreise-Krankenversicherung den privaten Krankenversicherungspartner Ihrer AOK. Weisen Sie auch darauf hin, dass bei Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Lösung zu Aufgabe 3

Carlo Coloni sollte über folgende Aspekte beraten werden:

- Erkrankt Carlo Coloni in Italien, kann er die Leistungen des dortigen gesetzlichen Systems unmittelbar mit seiner Europäischen Krankenversicherungskarte beim Arzt/Zahnarzt in Anspruch nehmen. Der Leistungsumfang ist dabei auf die im dortigen gesetzlichen System angebotenen Leistungen und darüber hinaus auf die unter Berücksichtigung seiner Aufenthaltsdauer medizinisch notwendigen Maßnahmen beschränkt. Außerdem gelten für ihn die dort maßgebenden Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen. Darüber hinaus gehende Leistungen sind – ebenso wie ein Rücktransport nach Deutschland – nicht abgesichert. Diese Kosten gehen im Bedarfsfall zu seinen Lasten.
- Carlo Coloni sollte daher eine private Auslandsreise-Krankenversicherung abschließen, die diese Risiken abdeckt. Hier kann ihm das von der AOK in Kooperation mit dem privaten Versicherungsunternehmen gestaltete Angebot offeriert werden.



- Carlo Coloni sollte das Merkblatt „Urlaub in Italien“ des GKV-Spitzenverbandes, Abt. DVKA oder das entsprechende Merkblatt der AOK ausgehändigt werden. Aus dem Merkblatt ergibt sich auch, was er bei Arbeitsunfähigkeit beachten muss, um seinen Entgeltfortzahlungs- und Krankengeldanspruch nicht zu gefährden.
- Kann Carlo Coloni eine Leistung in Italien nicht mit seiner EHIC in Anspruch nehmen, erstattet die AOK ihm im Nachhinein entweder die Kosten, die bei einer Behandlung mit der EHIC nach italienischen Vertragssätzen angefallen wären (Anfrage bei der italienischen Krankenkasse mit entsprechendem Zeitverzug), oder mit seiner Zustimmung die deutschen Vertragssätze unter Berücksichtigung der deutschen Zuzahlungen und sonstiger nach deutschem Recht zu zahlender Eigenanteile (z.B. bei Arznei- und Heilmittel). Darüber hinaus gehende Kosten sind von Carlo Coloni selbst zu tragen oder über eine Auslandsreise-Krankenversicherung privat abzusichern.
- Für die Zahnbehandlung in Italien könnte Carlo Coloni als Ermessensleistung ein Vordruck E112 bzw. S 2 ausgestellt werden. Dann würde er aber nur die Leistungen bekommen, die ein gesetzlich Versicherter in Italien bei Zahnersatz erhält. Ggf. sind diese Leistungen dort keine oder nur zum Teil gesetzliche Leistungen.
- Es wäre daher zu prüfen, ob Carlo Coloni Anspruch auf Zahnersatz entsprechend § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V hat.
- Nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V kann Carlo Coloni den Zahnersatz in Italien unter den gleichen Bedingungen wie in Deutschland in Anspruch nehmen. Er muss hierfür also vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan vorlegen, da es sich um eine genehmigungspflichtige Leistung handelt, weshalb die im Inland vorgesehenen Antragsverfahren einzuhalten sind. Legt Carlo Coloni einen Heil- und Kostenplan des italienischen Zahnarztes vor, ist eine detaillierte Übersetzung des Heil- und Kostenplans unverzichtbar. Die Übersetzungskosten hierfür wären von Carlo Coloni zu zahlen. Erstattungsfähig sind beim Zahnersatz die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal jedoch die deutschen befundorientierten Festzuschüsse nach § 55 ff. SGB V. Vom Erstattungsbeitrag ist noch der Verwaltungskostenabschlag abzuziehen.
- Grundlage für die Behandlung von Carlo Coloni ist der zwischen ihm und dem Zahnarzt in Italien geschlossene privatrechtliche Behandlungsvertrag. Für diesen gilt italienisches Recht. Gewährleistungsansprüche hat Carlo Coloni daher selbst beim Zahnarzt in Italien geltend zu machen.
- Der Zahnarzt ist bei der Leistungserbringung weder an das gesetzliche Leistungsspektrum in Deutschland noch an das des Behandlungsstaats gebunden.