Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa

Ansprüche der Versicherten und ihrer Familienangehörigen nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009

Soziales Europa

Europäische Kommission

Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa

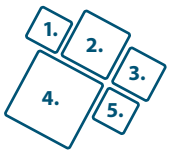
Ansprüche der Versicherten und ihrer Familienangehörigen
nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009

Europäische Kommission
Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration
Referat B4

Manuskript abgeschlossen im Februar 2011.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Umschlagfotos: ©



1. iStock
2. iStock
3. 123RF
4. 123RF
5. 123RF

Für die Benutzung oder den Nachdruck von Fotos, die nicht dem Copyright der Europäischen Union unterstellt sind, muss eine Genehmigung direkt bei dem/den Inhaber(n) des Copyrights eingeholt werden.

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden

Gebührenfreie einheitliche Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (http://europa.eu).
Katalogisierungsdaten und eine Inhaltsangabe befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2011

ISBN 978-92-79-19680-5
doi:10.2767/29412

© Europäische Union, 2011
Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Belgium

Gedruckt auf elementar chlorfrei gebleichtem Papier (ECF)

Inhalt

Einleitung 5

Lektüre von Schemata 5
Hinweise auf die Verordnungen 5

Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa 7

1 Versicherte und deren Familienangehörige 7

1.1 Wohnsitz 7
1.1.1 Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat 7
1.1.2 Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat 7
1.1.3 Wohnsitz in einem Mitgliedstaat (Rentenantragsteller) 9
1.2 Aufenthalt 9
1.2.1 Aufenthalt außerhalb des zuständigen Staates 9
1.2.2 Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat 10
1.2.3 Aufenthalt zur Inanspruchnahme von geplanten Gesundheitsleistungen 13
1.2.3.1 Personen mit Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat 13
1.2.3.2 Personen ohne Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat 14

2 Rentner und deren Familienangehörige 17

2.1 Wohnsitz 17
2.1.1 Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat 17
2.1.2 Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat 17
2.2 Aufenthalt 19
2.2.1 Aufenthalt außerhalb des zuständigen Staates 19
2.2.2 Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat 21
2.2.3 Aufenthalt zur Inanspruchnahme von geplanten Gesundheitsleistungen 22
2.2.3.1 Personen mit Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat 22
2.2.3.2 Personen ohne Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat 22
2.2.4 Aufenthalt in einem ehemaligen Erwerbsmitgliedstaat (ehemalige Grenzgänger) 25
Zusammenfassendes Schema der Kostenübernahmemöglichkeiten bei Gesundheitsleistungen nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 26

Glossar 27

Formulare S1, S2 und S3 28

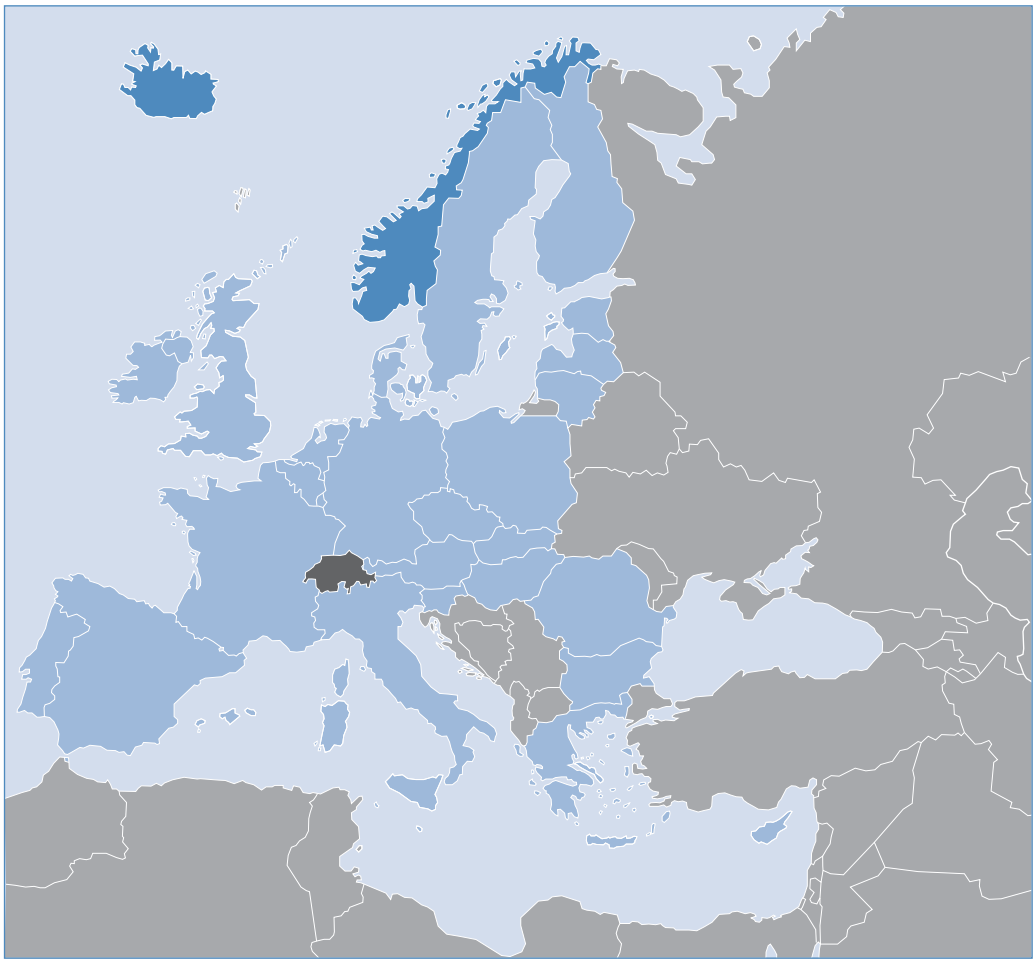
S1 Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes 28
S2 Anspruch auf eine geplante Behandlung 30
S3 Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit 32

Schemaverzeichnis 34

Weitere Informationen 35

In welchen Ländern sind diese Bestimmungen anwendbar?

Die EU-Bestimmungen über die soziale Sicherheit sind in allen Ländern anwendbar, die entweder zur Europäischen Union (EU) oder zum Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehören, sowie in der Schweiz.



- Europäische Union (EU): Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern
- Europäischer Wirtschaftsraum (EWR): die 27 EU-Länder sowie Norwegen, Island, Liechtenstein
- Schweiz

Hinweis

Die in diesem Leitfaden verwendete Bezeichnung „Mitgliedstaat" bezieht sich grundsätzlich stets auf alle oben genannten Länder. Die neuen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009 gelten jedoch in den EWR-Ländern und der Schweiz erst nach Änderung der Abkommen mit dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz. Bis dahin gelten dort weiter die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und (EWG) Nr. 574/72.

Einleitung

Wozu dient dieser Leitfaden? Sinn und Zweck dieses Leitfadens ist es, den Trägern der Mitgliedstaaten, welche die EU-Vorschriften zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anwenden müssen, einen ausführlichen, wenngleich schematischen Überblick über die Bestimmungen im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Sachleistungen zur Gesundheitsfürsorge von Personen zu bieten, die sich in einen anderen EU-Mitgliedstaat begeben.

Es handelt sich hierbei um einen Leitfaden, der übersichtlich genug gestaltet ist, um eine einfache Lektüre zu bieten, jedoch gleichzeitig sämtliche Standardsituationen abdeckt, auf die die entsprechenden Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (GV) und (EG) Nr. 987/2009 (DV) Bezug nehmen, und den Umfang der Ansprüche der betreffenden Personen, die zu erfüllenden Voraussetzungen, die einzuhaltenden Verfahrensweisen und die zu erbringenden Nachweise erläutert sowie die Erstattungsmodalitäten zwischen den Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen innerhalb eines Staates für Rechnung eines anderen Staates.

Um diese Situationen und die Kreisläufe der Verwaltungsdokumente, die Leistungen und die Erstattungen zwischen den einzelnen Staaten besser veranschaulichen zu können, ist jede Standardsituation Gegenstand eines umfassenden Präsentationsschemas. Im Glossar, das Sie am Ende des Leitfadens finden, sind die wichtigsten Begriffe definiert.

Die Aufmerksamkeit wird insbesondere auf die Tatsache gelenkt, dass sich dieser Leitfaden ausschließlich auf die Bestimmungen der oben genannten Verordnungen beschränkt und keine zusätzlichen Bestimmungen der Richtlinie über die Gesundheitsleistungen für Grenzgänger berücksichtigt, die jüngst verabschiedet wurde, um die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zu kodifizieren, welche auf den Regelungen des Binnenmarktes bezüglich des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs beruht.

Hinweise auf die Verordnungen

Zur Vereinfachung wird die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (Grundverordnung) mit den Buchstaben GV und die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 (Durchführungsverordnung) mit den Buchstaben DV abgekürzt.

Lektüre von Schemata

Mitgliedstaat A und seine Maßnahmen

Mitgliedstaat B und seine Maßnahmen

Mitgliedstaat C und seine Maßnahmen

Formalitäten: Austausch von Dokumenten zwischen den Trägern

Übertragung amtlicher Dokumente und Erstattungen zwischen den Trägern (zur Vereinfachung werden die Verbindungsstellen nicht berücksichtigt, sondern durch einen Verweis auf die Ad-hoc-Verfahren ersetzt)

Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa

Ansprüche der Versicherten und ihrer Familienangehörigen nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009

1 Versicherte und deren Familienangehörige

1.1 Wohnsitz

1.1.1 Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat

Versicherte ([1]) und ihre Familienangehörigen, die im zuständigen Mitgliedstaat wohnen, haben Anspruch auf die gesamten von diesem Staat gesetzlich vorgesehenen Gesundheitsleistungen (Sachleistungen).

Diese Leistungen werden vom zuständigen Träger entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht.

Die erbrachten Leistungen gehen zu Lasten des zuständigen Staates.

1.1.2 Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat ([2])

Versicherte und ihre Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat wohnen, bei dem es sich nicht um den zuständigen Mitgliedstaat handelt, haben Anspruch auf die gesamten vom Wohnmitgliedstaat gesetzlich vorgesehenen Gesundheitsleistungen (Sachleistungen).

Diese Leistungen werden vom Träger des Wohnorts entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht, als ob die betreffenden Personen kraft dieser Gesetzgebung versichert wären.

Verfahren und Nachweise

Der Versicherte und/oder dessen Familienangehörige sind angehalten, sich beim Träger ihres Wohnorts mithilfe des Formulars S1 eintragen zu lassen (Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes), mit dem ihre Ansprüche bestätigt werden. Dieses Formular wird vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder des Trägers des Wohnorts ausgestellt (Art. 24.1 DV).

Dieser Nachweis behält so lange seine Gültigkeit, bis der zuständige Träger dem Träger des Wohnorts die Aufhebung der Gültigkeit mitteilt. Der Träger des Wohnorts setzt den zuständigen Träger von jeder Eintragung, die er vorgenommen hat, und von jeder Änderung oder Streichung der besagten Eintragung in Kenntnis (Art. 24.2 DV).

Die Gesamtheit der weiter oben beschriebenen Maßnahmen findet auf die gleiche Weise Anwendung:

» auf die nicht im zuständigen Staat wohnenden Familienangehörigen, während der Versicherte dort wohnt;
» auf den nicht im zuständigen Staat wohnenden Versicherten, während die Familienangehörigen dort wohnen;
» auf jede betreffende Person im vom zuständigen Staat abweichenden Wohnsitzstaat im Falle einer anderen Verteilung der Personen oder der Verteilung auf mehr als zwei Mitgliedstaaten.

Die vom Träger des Wohnorts erbrachten Leistungen sind Gegenstand einer Erstattung durch den zuständigen Träger.

Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

Die für Rechnung des zuständigen Trägers erbrachten Leistungen (Art. 17.1 GV) sind in voller Höhe zu erstatten (Art. 35.1 GV). Die Erstattung wird gemäß den in der Durchführungsverordnung festgelegten Modalitäten (Titel IV Kapitel I Artikel 62-69) festgelegt und erfolgt im Einklang mit diesen:

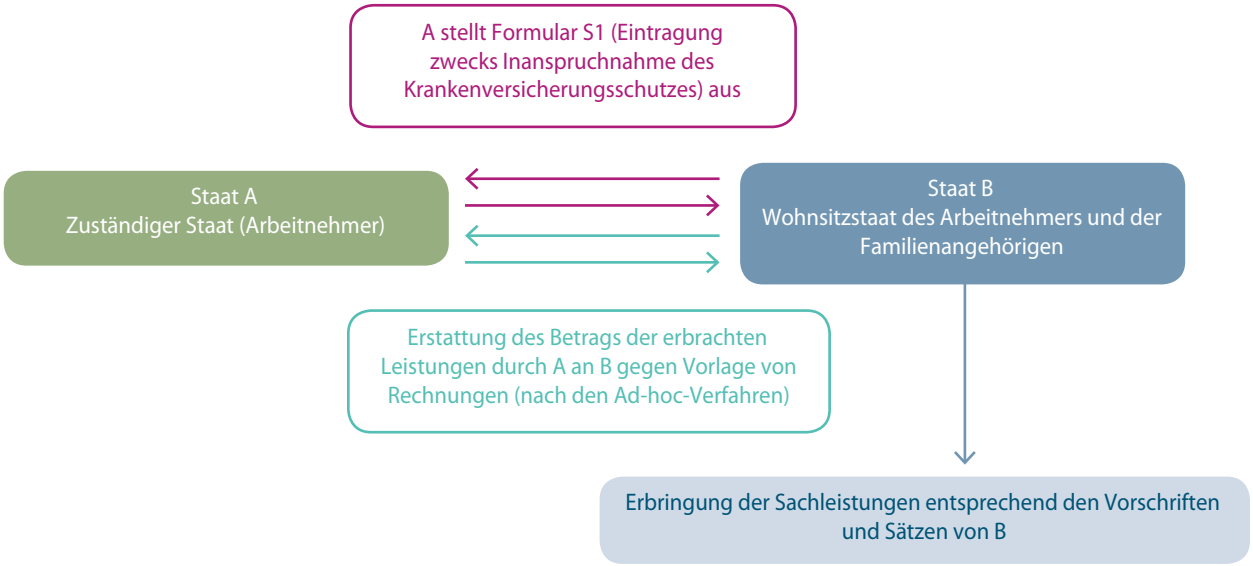
- auf der Grundlage von Nachweisen über tatsächliche Aufwendungen (Art. 62 DV),
- oder nur bei Familienangehörigen, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen als der Versicherte, auf der Grundlage von Pauschalbeträgen für die Mitgliedstaaten, bei deren Rechts- und Verwaltungsstruktur eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen nicht zweckmäßig ist (Art. 35.2 GV und Art. 63 bis 65 DV).

Die Mitgliedstaaten bzw. ihre zuständigen Behörden können andere Erstattungsverfahren vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den in ihre Zuständigkeit fallenden Trägern verzichten (Art. 35.3 GV und Art. 66 bis 69 DV).

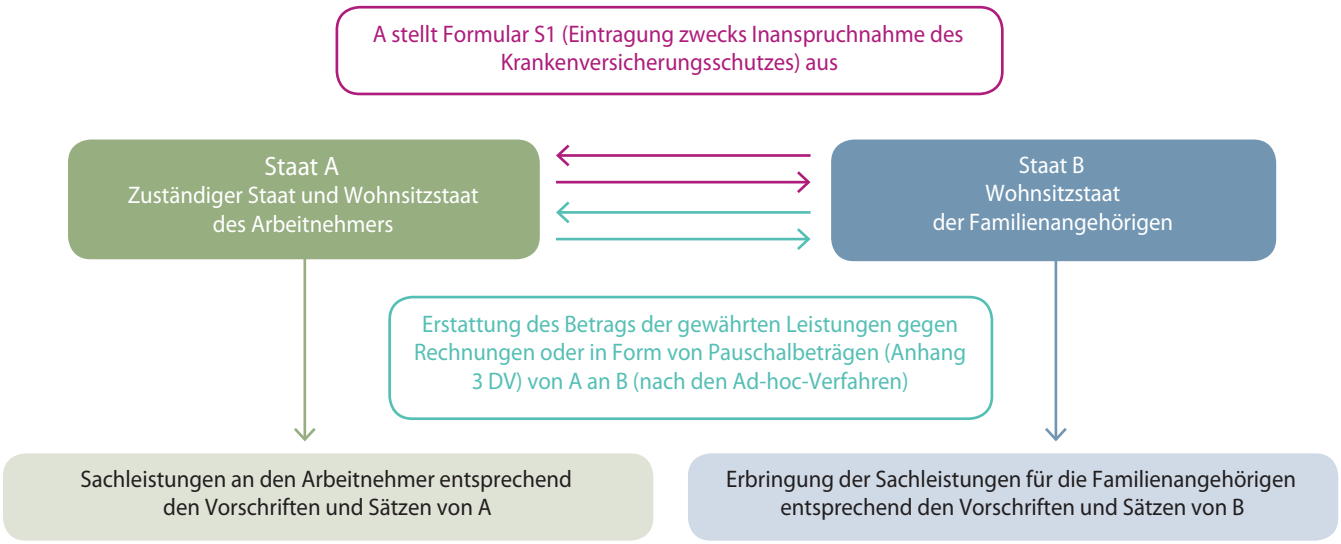
([1]) Kapitel 1 erläutert diese Regelungen, die für Versicherte gelten, bei denen es sich nicht um Rentner handelt.

([2]) Art. 17 GV.

Schema Nr. 1: Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen



Schema Nr. 2: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen



Von diesem Schema lässt sich in gleicher Weise ein Schema 2 a ableiten: Arbeitnehmer mit Wohnsitz in Staat B und Familienangehörige mit Wohnsitz im zuständigen Staat A, mit dem Unterschied, dass die Erstattungen von A an B ausschließlich auf der Grundlage von Rechnungen erfolgen.

1.1.3 Wohnsitz in einem Mitgliedstaat (Rentenantragsteller) ([3])

Versicherte ([4]), die während der Bearbeitung eines Rentenantrags nach den Rechtsvorschriften des letzten zuständigen Mitgliedstaats ihren Anspruch auf Sachleistungen verlieren, haben weiterhin Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften ihres Wohnmitgliedstaats. Um diesen Anspruch geltend machen zu können, müssen diese Antragsteller jedoch die Versicherungsvoraussetzungen nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates erfüllen, der im Falle der Zuerkennung der Rente zuständig wäre (siehe Kapitel 2). Der Anspruch besteht auch für die Familienangehörigen der Rentenantragsteller.

Diese Leistungen werden vom Träger des Wohnorts entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht, als ob die betreffenden Personen kraft dieser Gesetzgebung versichert wären.

Verfahren und Nachweise

Der Versicherte und/oder dessen Familienangehörige sind angehalten, sich beim Träger ihres Wohnorts mithilfe des Formulars S1 eintragen zu lassen (Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes), mit dem ihre Ansprüche bestätigt werden. Dieses Formular wird vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder des Trägers des Wohnorts ausgestellt (Artikel 24.1 DV, durch Verweis von 3).

Dieser Nachweis behält so lange seine Gültigkeit, bis der zuständige Träger dem Träger des Wohnorts die Aufhebung der Gültigkeit mitteilt. Der Träger des Wohnorts setzt den zuständigen Träger von jeder Eintragung, die er vorgenommen hat, und von jeder Änderung oder Streichung der besagten Eintragung in Kenntnis (Art. 24.2 DV durch Verweis von 3).

Die Gesamtheit der weiter oben beschriebenen Maßnahmen findet auf die gleiche Weise Anwendung:

- auf die nicht im zuständigen Staat wohnenden Familienangehörigen, während der Versicherte dort wohnt;
- auf den nicht im zuständigen Staat wohnenden Versicherten, während die Familienangehörigen dort wohnen;
- auf jeden Betroffenen im vom zuständigen Staat abweichenden Wohnsitzstaat im Falle einer anderen Verteilung der Personen oder der Verteilung auf mehr als zwei Mitgliedstaaten.

Die vom Träger des Wohnorts erbrachten Leistungen sind Gegenstand einer Erstattung durch den zuständigen Träger.

([3]) Art. 22 GV.

([4]) Für die Mitgliedstaaten nach Anhang 2 (Deutschland und Spanien) gelten die Vorschriften des Titels III Kapitel I Artikel 17-35 der Grundverordnung, die sich auf Sachleistungen beziehen, für Personen, die ausschließlich aufgrund eines Sondersystems für Beamte Anspruch auf Sachleistungen haben, nur in dem dort genannten Umfang (Art. 32.2 DV).

Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

Die mit den erbrachten Leistungen verbundenen Aufwendungen werden von dem Mitgliedstaat übernommen, der im Falle der Zuerkennung der Rente nach Artikel 23 bis 25 GV (Art. 22.2) zuständig wäre. Sie sind Gegenstand einer vollständigen Erstattung (Art. 35.1), die gemäß den in der Durchführungsverordnung festgelegten Bedingungen auf der Grundlage von Nachweisen über tatsächliche Aufwendungen (Art. 62 DV) festgelegt und vorgenommen wird.

Die Mitgliedstaaten bzw. ihre zuständigen Behörden können andere Erstattungsverfahren vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den in ihre Zuständigkeit fallenden Trägern verzichten (Art. 35.3 GV und Art. 66 bis 69 DV).

1.2 Aufenthalt

1.2.1 Aufenthalt außerhalb des zuständigen Staates ([5])

Versicherte und ihre Familienangehörigen, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, haben Anspruch auf Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind ([6]).

Der Aufenthaltsstaat erbringt diese Leistungen unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthalts. Ziel ist, dass die betreffende Person nicht gezwungen ist, vor Ablauf der vorgesehenen Aufenthaltsdauer ihren zuständigen Mitgliedstaat aufzusuchen, um sich dort behandeln zu lassen.

Diese Leistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht, als ob die betreffenden Personen kraft dieser Gesetzgebung versichert wären.

Um diese Ansprüche geltend zu machen, legen die betreffenden Personen ein persönliches Dokument, das ihre Ansprüche bescheinigt, die „europäische Krankenversicherungskarte“ oder EKVK, direkt beim Leistungserbringer des Aufenthaltsstaats vor. Die Karte wird vom zuständigen Träger ausgestellt. Sind die betreffenden Personen nicht im Besitz ihrer Karte, kann der Träger des Aufenthaltsstaats sich an den zuständigen Träger wenden, um sie oder eine „provisorische Ersatzbescheinigung“ bzw. PEB zu erhalten.

Der Versicherte kann die Erstattung etwaiger selbst getragener Kosten direkt beim Träger des Aufenthaltsortes beantragen, sofern es die für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Rechtsvorschriften ermöglichen, dass diese Kosten dem Versicherten erstattet werden. In diesem Fall wendet der Träger des Aufenthaltsortes seine Erstattungssätze an ([7]).

([5]) Art. 19 GV.

([6]) Beschluss S3 der Verwaltungskommission (durch Art. 19.1 GV abgedeckte Leistungen) (http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=868).

([7]) Art. 25.4 DV.

Der Versicherte hat ebenfalls die Möglichkeit, seinen Erstattungsantrag direkt beim zuständigen Träger zu stellen ([8]). In diesem Fall erfolgt die Erstattung durch den zuständigen Träger nach den vom Träger des Aufenthaltsortes angewandten Sätzen, die letzterer dem zuständigen Träger auf dessen Ersuchen mitteilt. Abweichend davon kann der zuständige Träger die Erstattung nach seinen eigenen Sätzen vornehmen, sofern sich der Versicherte damit einverstanden erklärt ([9]). Das Einverständnis der betreffenden Person ist nicht erforderlich, wenn die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates in diesem Fall keine Erstattung vorsehen.

Die Erstattung an den Versicherten überschreitet in keinem Fall den Betrag der ihm tatsächlich entstandenen Kosten ([10]). Im Fall erheblicher Ausgaben kann der zuständige Träger dem Versicherten einen Vorschuss zahlen, nachdem dieser den Erstattungsantrag bei ihm eingereicht hat ([11]).

Die vom Träger des Aufenthaltsortes gewährten Leistungen sind Gegenstand einer Erstattung durch den zuständigen Träger nach Maßgabe der Modalitäten und Wege, die in der DV festgelegt wurden (Titel IV Kapitel I Artikel 62-69).

Verfahren und Nachweise

Die für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit zuständige Verwaltungskommission erstellt eine Liste mit Sachleistungen, die aus praktischen Gründen einer vorherigen Vereinbarung zwischen der betreffenden Person und dem die Leistungen erbringenden Träger bedürfen (Art. 19.2 GV durch Verweis), damit sie während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat gewährt werden können ([12]).

Der Versicherte legt dem Leistungserbringer des Aufenthaltsstaates seine „europäische Krankenversicherungskarte" (EKVK) vor. Bei dieser Karte handelt es sich um ein vom zuständigen Träger ausgestelltes Dokument, das bescheinigt, dass der Versicherte zu denselben Bedingungen wie nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates versicherte Personen Anspruch auf die durch Art. 19 GV abgedeckten Leistungen hat. Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so wendet sich der Träger des Aufenthaltsorts auf Antrag oder falls andernfalls erforderlich an den zuständigen Träger, um eine „provisorische Ersatzbescheinigung" bzw. PEB zu erhalten (Art. 25.1 und 25.2 DV) ([13]).

([8]) Art. 25.5 DV.

([9]) Art. 25.6 und 25.7 DV.

([10]) Art. 25.8 DV.

([11]) Art. 25.9 DV.

([12]) Siehe auch Beschluss S3 der Verwaltungskommission (durch Art. 19.2 GV abgedeckte Leistungen) http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=868.

([13]) Siehe auch Beschlüsse S1 und S2 der Verwaltungskommission (EKVK und PEB) http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=868.

Die Gesamtheit der oben beschriebenen Maßnahmen gilt entsprechend, wenn die betreffenden Personen in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen und sich in einem dritten Mitgliedstaat aufhalten. Insbesondere ist es der zuständige Staat und nicht der Wohnmitgliedstaat, der:

- die europäische Krankenversicherungskarte und gegebenenfalls die Ersatzbescheinigung ausstellt;
- die bei ihm beantragten Erstattungen vornimmt;
- die Endkosten der Leistungen übernimmt, die vom Träger des Aufenthaltsortes gewährt wurden.

Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

Die für Rechnung des zuständigen Trägers erbrachten Leistungen (Art. 19.1 GV) sind in voller Höhe zu erstatten (Art. 35.1 GV). Die Erstattung wird gemäß den in der Durchführungsverordnung festgelegten Modalitäten auf der Grundlage von Nachweisen über tatsächliche Ausgaben (Art. 62 DV) festgelegt und vorgenommen.

Die Mitgliedstaaten bzw. ihre zuständigen Behörden können andere Erstattungsverfahren vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den in ihre Zuständigkeit fallenden Trägern verzichten (Art. 35.3 GV und Art. 66 bis 69 DV).

1.2.2 Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat ([14])

Versicherte ([15]) und ihre Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat wohnen, bei dem es sich nicht um den zuständigen Mitgliedstaat handelt, haben während eines vorübergehenden Aufenthaltes im zuständigen Staat Anspruch auf die gesamten von diesem Staat gesetzlich vorgesehenen Sachleistungen.

Diese Leistungen werden vom zuständigen Träger entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht und gehen zu dessen Lasten, als ob die betreffenden Personen im zuständigen Mitgliedstaat wohnen würden.

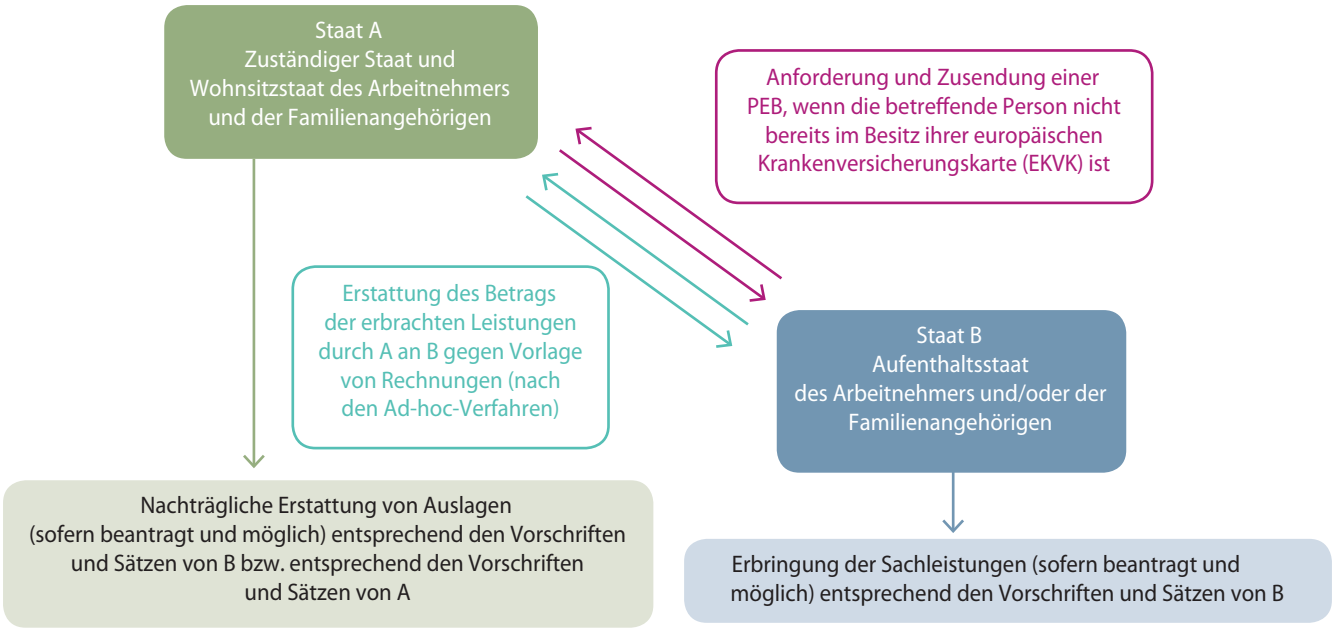
Diese Bestimmungen gelten insbesondere für die Familienangehörigen von Grenzgängern. Diese haben jedoch in Dänemark, Finnland, Irland, Schweden und dem Vereinigten Königreich sowie bis zum 1. Mai 2014 in Estland, Italien, Litauen, den Niederlanden, Ungarn und Spanien nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch ([16]).

([14]) Art. 18 GV.

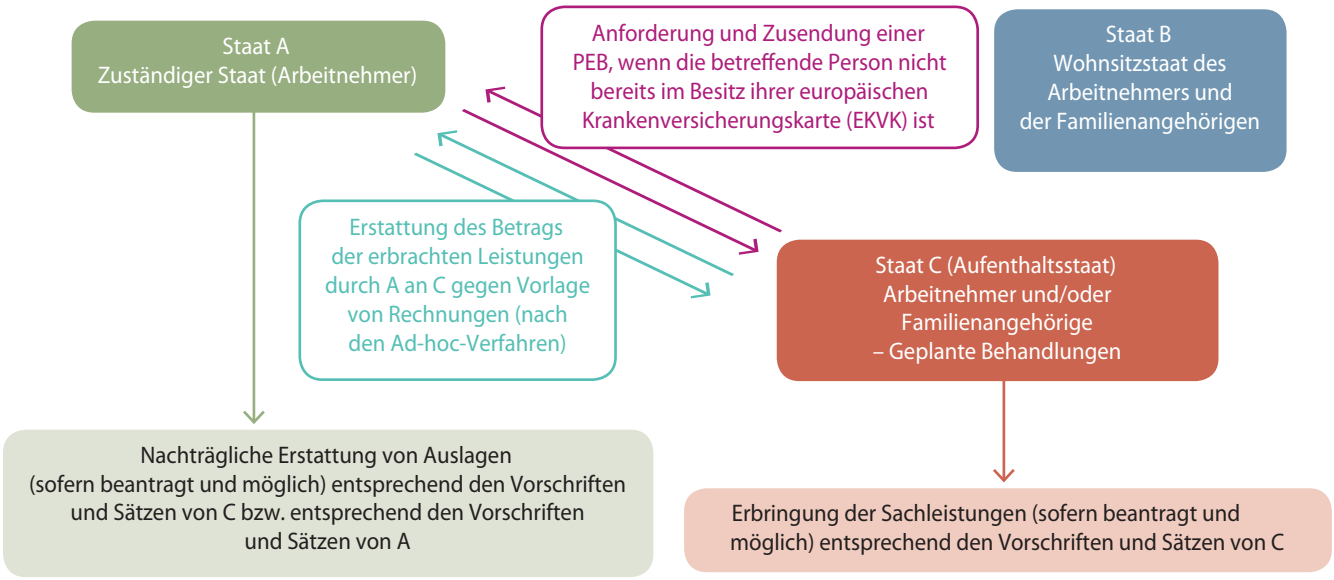
([15]) Vgl. Fußnote 4.

([16]) Diese Staaten werden in Anhang III der GV aufgeführt.

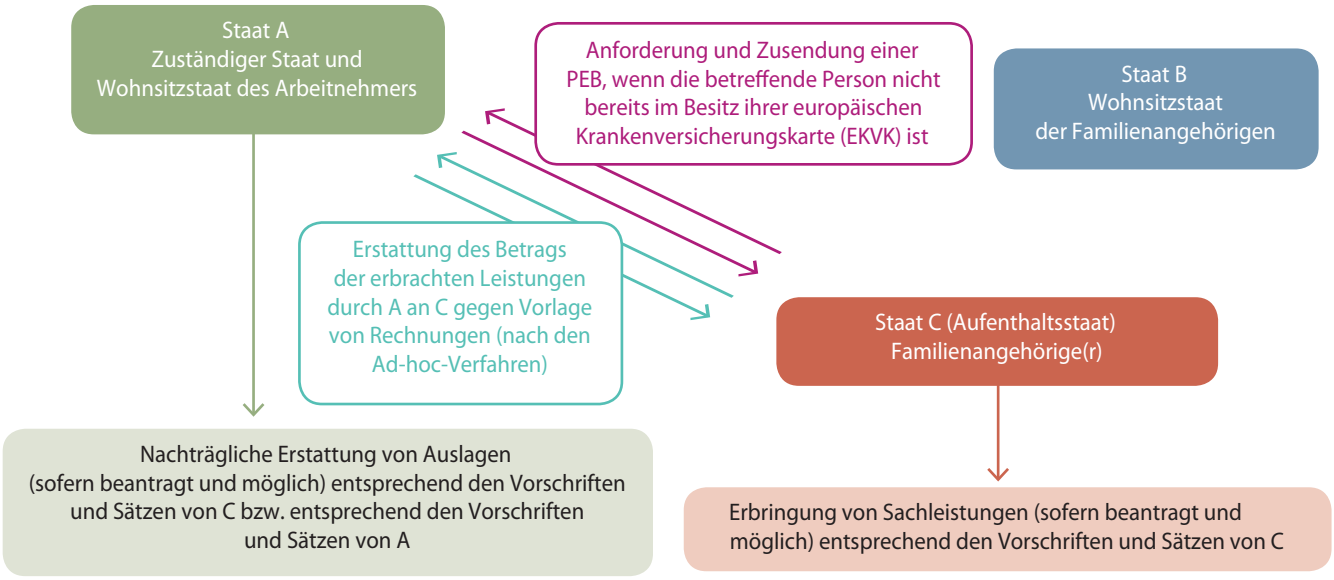
Schema Nr. 3: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die im zuständigen Staat wohnen und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten



Schema Nr. 4: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten

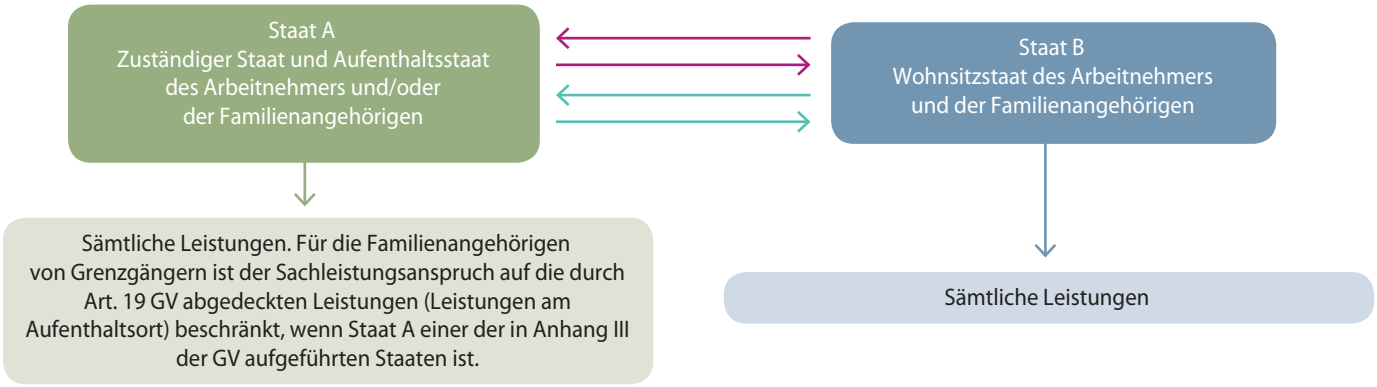


Schema Nr. 5: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten



Dieses Schema könnte in gleicher Weise für einen Aufenthalt des Arbeitnehmers in Staat C bzw. in einem Staat D ausgefüllt werden. Ferner könnte das grundlegende Schema umgekehrt werden: Arbeitnehmer mit Wohnsitz in B und Familienangehörige mit Wohnsitz in A, ohne Änderung der Funktionen des zuständigen Staates und des Aufenthaltsstaates/der Aufenthaltsstaaten.

Schema Nr. 6: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich im zuständigen Staat aufhalten



Dieses Schema wäre das gleiche, wenn der Arbeitnehmer in Staat A seinen Wohnsitz hätte und seine Familienangehörigen in Staat B, wenn der Arbeitnehmer in Staat B seinen Wohnsitz hätte und seine Familienangehörigen in Staat A oder im Falle einer Aufteilung des Arbeitnehmers und seiner Familienangehörigen auf zwei oder mehrere Wohnsitzstaaten außer Staat A.

1.2.3 Aufenthalt zur Inanspruchnahme von geplanten Gesundheitsleistungen ([17])

1.2.3.1 Personen mit Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat

Versicherte und ihre Familienangehörigen, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, um dort eine ihrem Gesundheitszustand angemessene Behandlung zu erhalten, erhalten die entsprechenden Sachleistungen, vorausgesetzt die vorherige Genehmigung des zuständigen Trägers liegt vor.

Diese Leistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht, als ob die betreffenden Personen kraft dieser Gesetzgebung versichert wären.

Um diese Ansprüche geltend zu machen, legen die betreffenden Personen Formular S2 „Anspruch auf eine geplante Behandlung" vor, das vom zuständigen Träger ausgestellt wird und bescheinigt, dass die Genehmigung erteilt wurde. Die Genehmigung muss vor Beginn der Behandlung beim zuständigen Träger eingeholt werden.

Die Genehmigung kann nicht verweigert werden, wenn die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die geplante Behandlung ist Teil der gesetzlichen Pflichtversorgung des zuständigen Staates und
- die Behandlung für die betreffende Person im zuständigen Staat kann innerhalb eines aus medizinischer Sicht vertretbaren Zeitraums unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit der betreffenden Person nicht erbracht werden.

Der Versicherte kann die Erstattung etwaiger selbst getragener Kosten direkt beim Träger des Aufenthaltsortes beantragen, sofern es die für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Rechtsvorschriften ermöglichen, dass diese Kosten dem Versicherten erstattet werden. In diesem Fall wendet der Träger des Aufenthaltsortes seine Erstattungssätze an ([18]).

Der Versicherte hat ebenfalls die Möglichkeit, seinen Erstattungsantrag direkt beim zuständigen Träger zu stellen. Die Erstattung erfolgt entsprechend den vom Träger des Aufenthaltsortes angewandten Sätzen, die dieser auf Anfrage dem zuständigen Träger mitteilt. Abweichend davon kann der zuständige Träger die Erstattung nach seinen eigenen Sätzen vornehmen, sofern sich der Versicherte damit einverstanden erklärt ([19]). Das Einverständnis der betreffenden Person ist nicht erforderlich, wenn die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates in diesem Fall keine Erstattung vorsehen.

Des Weiteren gewährt der zuständige Träger auf Antrag des Versicherten eine ergänzende Erstattung, wenn

- der Versicherte einen Teil der Kosten für die Gesundheitsleistungen selbst trägt und
- die Höhe dieses Betrags und die Summe der Kosten für diese Gesundheitsleistungen, die vom Träger des Aufenthaltsortes übernommen oder erstattet werden, zusammen einen geringeren Betrag ergeben als der, den der zuständige Träger übernommen oder erstattet hätte, wenn die gleiche Behandlung auf seinem Staatsgebiet stattgefunden hätte.

Der erstattete Betrag entspricht der Differenz zwischen dem vom zuständigen Träger übernommenen oder erstatteten Betrag und dem vom Träger des Aufenthaltsortes übernommenen oder erstatteten Betrag ([20]).

Die Erstattung an den Versicherten überschreitet in keinem Fall den Betrag der ihm tatsächlich entstandenen Kosten. Im Fall erheblicher Ausgaben kann der zuständige Träger dem Versicherten einen Vorschuss zahlen, nachdem dieser den Erstattungsantrag bei ihm eingereicht hat.

Die vom Träger des Aufenthaltsortes gewährten Leistungen sind Gegenstand einer Erstattung durch den zuständigen Träger nach Maßgabe der Modalitäten und Wege, die in der Durchführungsverordnung festgelegt wurden (Titel IV Kapitel I Artikel 62-69).

Verfahren und Nachweise

Der Versicherte legt beim Träger des Aufenthaltsortes Formular S2 „Anspruch auf eine geplante Behandlung" vor, das vom zuständigen Träger ausgestellt wird. Vor diesem Hintergrund versteht man unter dem „zuständigen Träger" den Träger, der die Kosten der geplanten Behandlung übernimmt. In den in Artikel 20.4 und Artikel 27.5 GV angeführten Fällen, in denen die im Wohnmitgliedstaat erbrachten Sachleistungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen erstattet werden, gilt der Träger des Wohnorts als zuständiger Träger (Art. 26.1).

Der zuständige Träger behält das Recht, den Versicherten jederzeit im Verlauf des Genehmigungsverfahrens von einem Arzt seiner Wahl im Aufenthalts- oder Wohnmitgliedstaat untersuchen lassen (Art. 26.4).

Unbeschadet einer etwaigen Entscheidung über eine Genehmigung unterrichtet der Träger des Aufenthaltsorts den zuständigen Träger, wenn eine Ergänzung der durch die bestehende Genehmigung abgedeckten Behandlung aus medizinischen Gründen angezeigt erscheint (Art. 26.5).

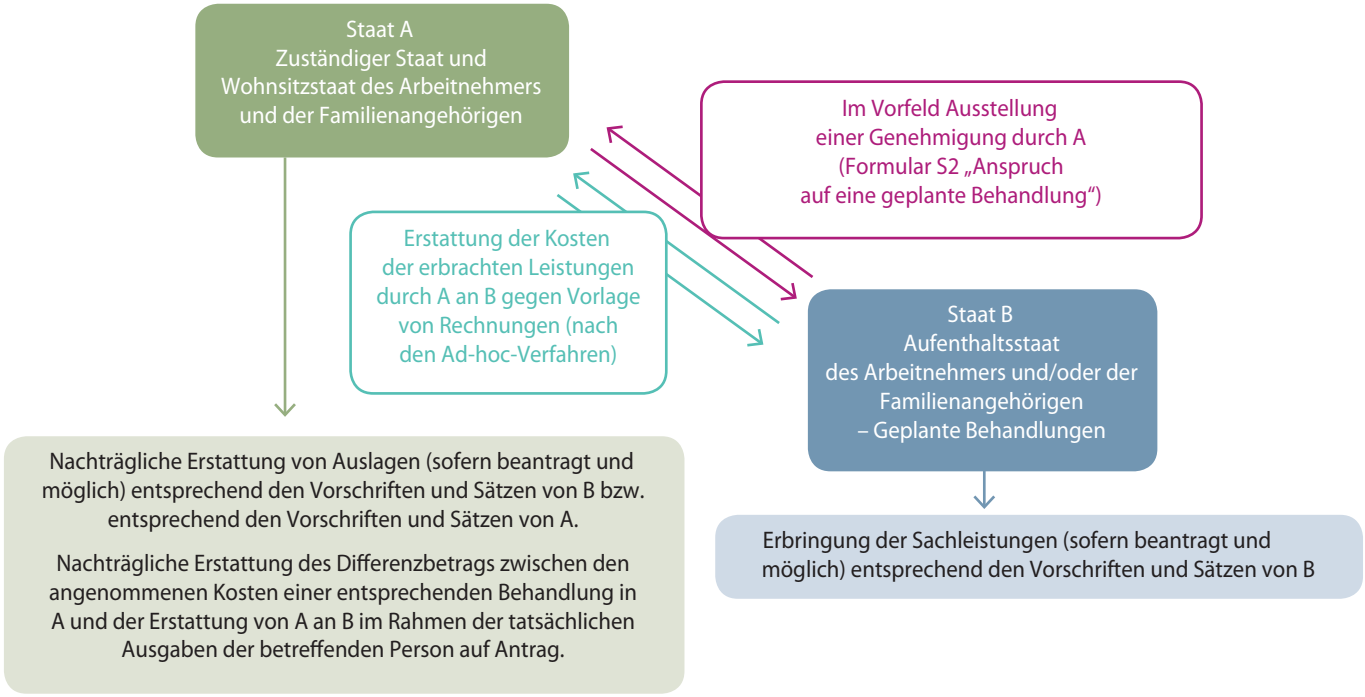
([17]) Vgl. Fußnote 4.

([18]) Art. 25.4 DV durch Verweis von 26.6.

([19]) Art. 25.5 DV durch Verweis von 26.6.

([20]) Art. 26.7 DV.

Schema Nr. 7: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die im zuständigen Mitgliedstaat wohnen und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen



1.2.3.2 Personen ohne Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat

Wenn der Versicherte oder einer seiner Familienangehörigen, der ins Ausland reist, um sich einer Behandlung zu unterziehen, in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnt, werden die oben beschriebenen Bestimmungen entsprechend den folgenden Anpassungen angewandt.

Allgemeine Regelung

Der Antrag auf Genehmigung im Vorfeld muss beim Träger des Wohnorts eingereicht werden, der ihn an den zuständigen Träger weiterleitet. Der Träger des Wohnorts teilt dem zuständigen Träger mit, ob die Voraussetzungen, unter denen eine Genehmigung nicht verweigert werden kann ([21]), im Wohnmitgliedstaat erfüllt sind oder nicht.

Der zuständige Träger kann die Genehmigung des Antrags nicht versagen, wenn die oben genannten Voraussetzungen sowohl im Wohnsitzstaat – nach Ansicht des Trägers des Wohnortes – als auch im zuständigen Staat erfüllt sind. Geht innerhalb der für den zuständigen Träger gesetzlich geltenden Fristen keine Antwort ein, so gilt die Genehmigung als durch den zuständigen Träger erteilt.

Stellt jedoch der Träger des Wohnorts fest, dass eine betreffende Person dringend eine lebensnotwendige Behandlung benötigt und dass die Voraussetzungen, nach denen die Genehmigung nicht verweigert werden darf, im Wohnmitgliedstaat erfüllt sind, so erteilt der Träger des Wohnorts die erforderliche Genehmigung für Rechnung des zuständigen Trägers und unterrichtet den zuständigen Träger hiervon.

Wohnsitzstaat in Anhang III der DV

Bei einem Familienangehörigen eines Versicherten, der seinen Wohnsitz in einem der in Anhang III der DV (Mitgliedstaaten, die die Erstattung der Ausgaben für Sachleistungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen verlangen) aufgeführten Mitgliedstaaten hat, gilt der Träger des Wohnorts als zuständiger Träger für die Anwendung der oben genannten Bestimmungen (Erteilung der Genehmigung unter sämtlichen Umständen, Erstattung bzw. Differenzerstattung der Auslagen des Versicherten, nachträgliche Erstattung von durch den Träger des Aufenthaltsorts erbrachten Sachleistungen). In Anhang III aufgeführte Staaten, die sich vom zuständigen Staat auf der Grundlage von Pauschalbeträgen die im Wohnsitzstaat erbrachten Gesundheitsleistungen erstatten lassen: Irland, Spanien, Italien, Malta, Niederlande, Portugal, Finnland, Schweden und das Vereinigte Königreich.

([21]) Die Leistungen der geplanten Behandlung zählen zu den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen des Wohnmitgliedstaates und können für die betreffende Person auf dem Staatsgebiet des für ihn zuständigen Staates nicht innerhalb eines aus medizinischer Sicht vertretbaren Zeitraums unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit erbracht werden.

Verfahren und Nachweise

Hat ein Versicherter seinen Wohnsitz nicht im zuständigen Staat, so beantragt er eine Genehmigung beim Träger des Wohnorts. Dieser leitet den Antrag unverzüglich an den zuständigen Träger weiter und bescheinigt in einer Erklärung, ob die Voraussetzungen gemäß Artikel 20 Absatz 2 zweiter Satz der GV im Wohnmitgliedstaat erfüllt sind. Der zuständige Träger kann die Ausstellung der beantragten Genehmigung nur dann verweigern, wenn nach Ansicht des Trägers des Wohnorts die Voraussetzungen gemäß Artikel 20 Absatz 2 zweiter Satz der GV im Wohnmitgliedstaat nicht erfüllt sind oder wenn die entsprechende Behandlung im zuständigen Staat innerhalb eines aus medizinischer Sicht vertretbaren Zeitraums durchgeführt werden kann. Der zuständige Träger teilt dem Träger des Wohnorts seine Entscheidung mit. Geht innerhalb der für den zuständigen Träger gesetzlich geltenden Fristen keine Antwort ein, so gilt die Genehmigung als durch den zuständigen Träger erteilt (Art. 26.2).

Wenn ein Versicherter, der seinen Wohnsitz nicht im zuständigen Staat hat, dringend eine lebensnotwendige Behandlung benötigt und die erforderliche Genehmigung gemäß Artikel 20 Absatz 2 zweiter Satz der GV nicht verweigert werden kann, so erteilt der Träger des Wohnorts die Genehmigung für Rechnung des zuständigen Trägers und unterrichtet den zuständigen Träger unverzüglich hiervon. Der zuständige Träger akzeptiert die Befunde und therapeutischen Entscheidungen der vom Träger des Wohnorts, der die Genehmigung erteilt, autorisierten Ärzte in Bezug auf die Notwendigkeit einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung (Art. 26.3).

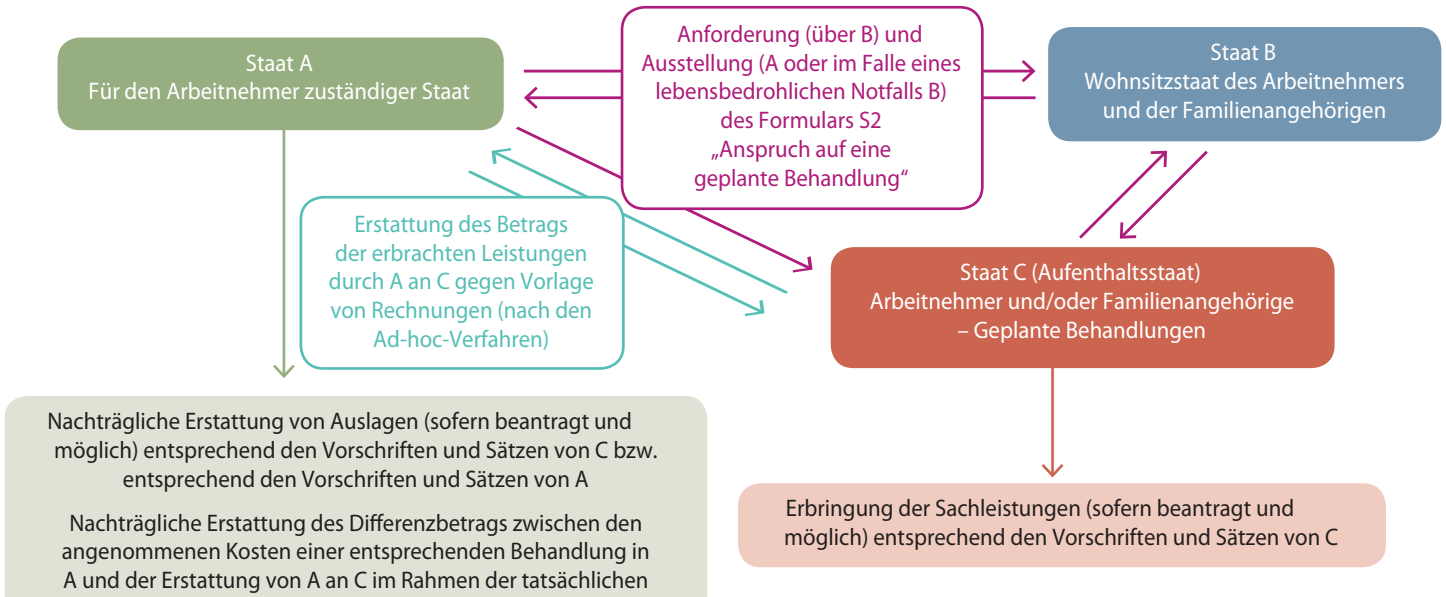
Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

Die für den zuständigen Träger erbrachten Leistungen (Art. 20.2 GV) sind in voller Höhe zu erstatten (Art. 35.1 GV). Diese Erstattung wird entsprechend den in der DV vorgesehenen Modalitäten auf der Grundlage von Nachweisen über die tatsächlichen Aufwendungen bestimmt und vorgenommen. Die Mitgliedstaaten bzw. ihre zuständigen Behörden können andere Erstattungsformen vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den relevanten Trägern in ihrem Zuständigkeitsbereich verzichten (Art. 35.3 GV).

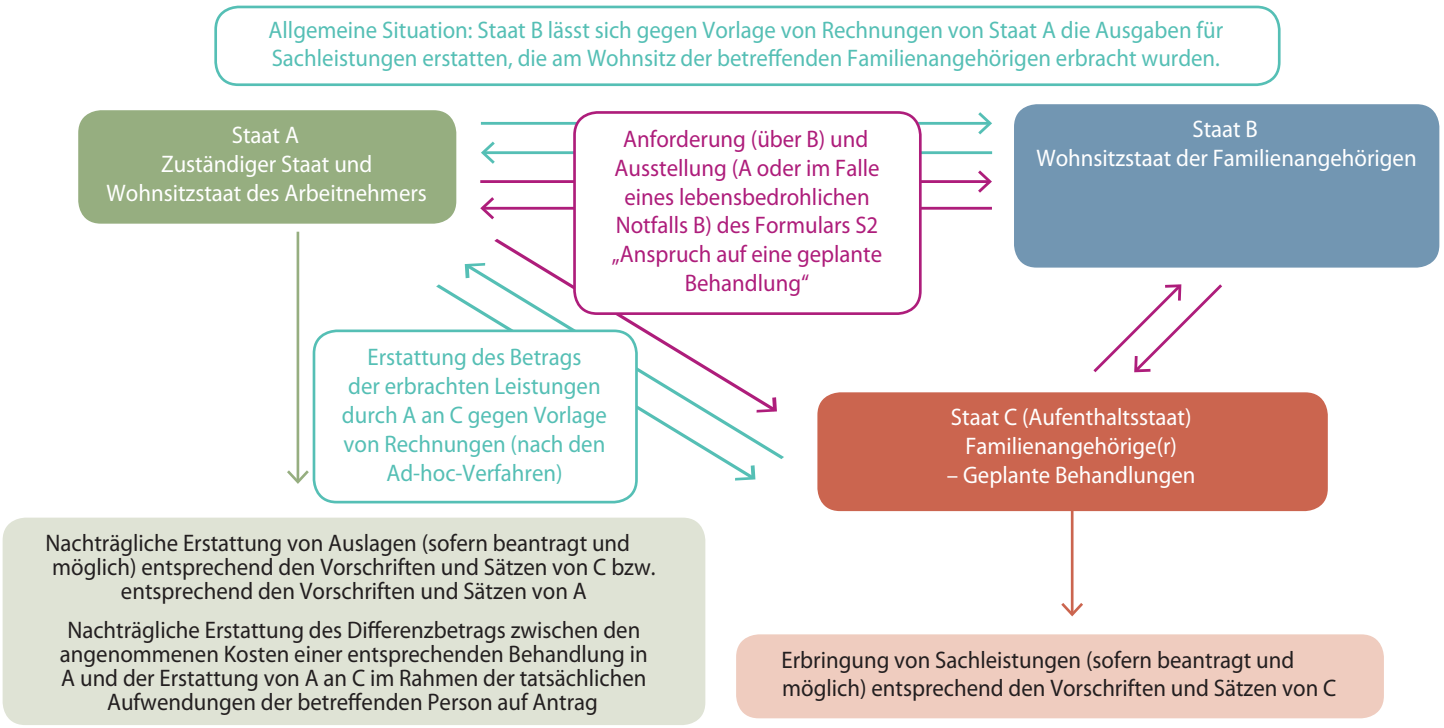
Wohnen die Familienangehörigen eines Versicherten in einem anderen Mitgliedstaat als der Versicherte selbst und hat sich dieser Mitgliedstaat für die Erstattung in Form von Pauschalbeträgen für auf seinem Staatsgebiet erbrachte Gesundheitsleistungen entschieden, so werden die Sachleistungen nach Artikel 20.2 GV für Rechnung des Trägers des Wohnorts der Familienangehörigen erbracht. In diesem Fall gilt für die Zwecke gemäß Art. 20.1 der GV der Träger des Wohnorts der Familienangehörigen als zuständiger Träger (Art. 20.4 GV).

Siehe Modalitäten unter Titel IV Kapitel I der DV: Abschnitt 1, Leistungserstattungen gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen (Art. 62), und Abschnitt 3, gemeinsame Vorschriften (Art. 66 bis 69).

Schema Nr. 8: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen

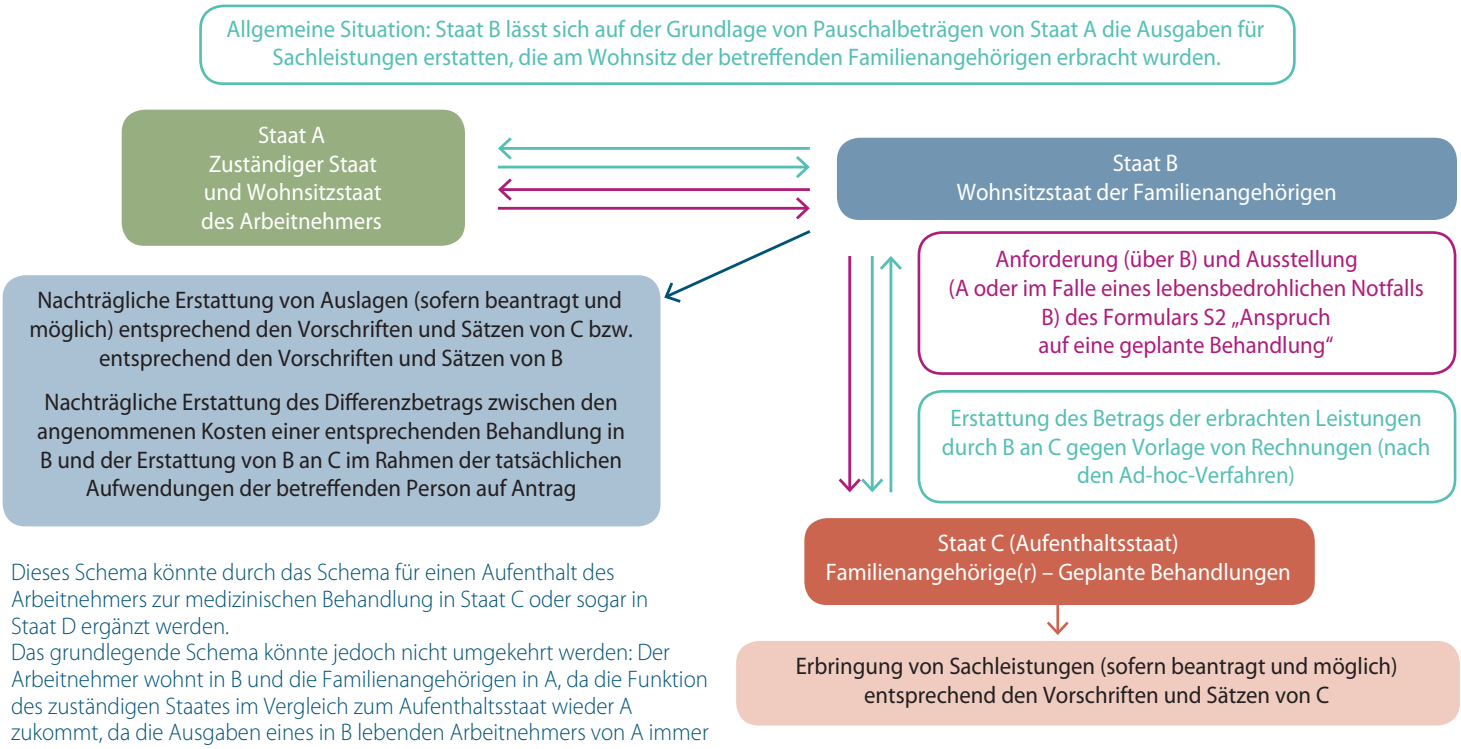


Schema Nr. 9 – I: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen



Dieses Schema könnte in gleicher Weise für einen Aufenthalt des Arbeitnehmers in Staat C oder sogar in Staat D erstellt werden. Ebenso könnte das grundlegende Schema umgekehrt werden: Arbeitnehmer mit Wohnsitz in B und Familienangehörige mit Wohnsitz in A, ohne Änderung der Funktionen des zuständigen Staates und des Aufenthaltsstaates/der Aufenthaltsstaaten.

Schema Nr. 9 – II: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen



Dieses Schema könnte durch das Schema für einen Aufenthalt des Arbeitnehmers zur medizinischen Behandlung in Staat C oder sogar in Staat D ergänzt werden.
Das grundlegende Schema könnte jedoch nicht umgekehrt werden: Der Arbeitnehmer wohnt in B und die Familienangehörigen in A, da die Funktion des zuständigen Staates im Vergleich zum Aufenthaltsstaat wieder A zukommt, da die Ausgaben eines in B lebenden Arbeitnehmers von A immer auf der Grundlage von Rechnungen erstattet werden.

2 Rentner und deren Familienangehörige

Die unter Titel II Artikel 11-16 der GV vorgesehenen Regeln zur Bestimmung der anwendbaren Gesetzgebung gelten auch für Rentner und ihre Familienangehörigen. Allgemein definieren diese Regeln den Wohnsitzstaat als zuständigen Staat, allerdings vorbehaltlich anderer Bestimmungen der Verordnung, die den Empfängern Leistungen aufgrund der Gesetzgebung anderer Mitgliedstaaten garantieren.

Welcher Staat ist zuständig?

Für den Anspruch auf Sachleistungen (medizinische Versorgung) ist der zuständige Staat, der für die Kosten der Leistungen ([22]) aufkommt:

- der Wohnmitgliedstaat, wenn die betreffende Person zum Bezug einer Rente dieses Staates berechtigt ist, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet (auch wenn sie gleichzeitig Renten eines oder mehrerer anderer Mitgliedstaaten bezieht);
- der die Rente schuldende Mitgliedstaat, die für diese Person, würde sie dort wohnen, Anspruch auf Sachleistungen begründen würde, sofern die betreffende Person keine Rente aus ihrem Wohnsitzstaat bezieht (auch wenn sie in letzterem allein aufgrund ihres Wohnsitzes Sachleistungen erhält);
- der eine Rente schuldende Mitgliedstaat, die für diese Person, würde sie dort wohnen, gemäß den Rechtsvorschriften, denen der Rentner für die längste Dauer unterworfen war, Anspruch auf Sachleistungen begründen würde, sofern er Rentenberechtigter mehrerer Mitgliedstaaten ist, bei denen es sich nicht um seinen Wohnmitgliedstaat handelt.

2.1 Wohnsitz

2.1.1 Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat ([23])

Rentner und Familienangehörige ([24]), die in einem Mitgliedstaat wohnen, der im oben genannten Sinne zuständig ist, erhalten die gesamten gesetzlich vorgesehenen Sachleistungen von diesem Staat.

Diese Leistungen werden vom zuständigen Träger, in diesem Fall dem Träger des Wohnortes, entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen (ggf. je nach Art des Systems des zuständigen Staates) der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften gewährt.

Für die betreffenden Personen sind in Verbindung mit der Verordnung keine besonderen Formalitäten erforderlich. Die gewährten Leistungen werden vom bereits erwähnten zuständigen Staat übernommen.

2.1.2 Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat ([25])

Rentner und Familienangehörige ([26]), die in einem Mitgliedstaat wohnen, bei dem es sich nicht um den zuständigen Mitgliedstaat handelt, beziehen die gesamten gesetzlich vorgesehenen Sachleistungen vom Wohnmitgliedstaat.

Diese Leistungen werden vom Träger des Wohnortes entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen (ggf. je nach Art des Systems dieses Staates) der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften gezahlt, als ob die Rente, die Anspruch auf Sachleistungen begründet, von diesem Staat gezahlt würde.

Die vom Träger des Wohnortes gewährten Leistungen sind Gegenstand einer Erstattung durch den zuständigen Träger nach Maßgabe der Modalitäten und Verfahren, die in der DV festgelegt sind (Titel IV Kapitel I Artikel 62-69).

Die Gesamtheit der weiter oben beschriebenen Maßnahmen findet auf die gleiche Weise Anwendung:

- auf die nicht im zuständigen Staat wohnenden Familienangehörigen, während der Versicherte dort wohnt;
- auf den nicht im zuständigen Staat wohnenden Versicherten, während die Familienangehörigen dort wohnen;
- auf jeden Betroffenen im vom zuständigen Staat abweichenden Wohnsitzstaat im Falle einer anderen Verteilung der Personen oder der Verteilung auf mehr als zwei Mitgliedstaaten.

Verfahren und Nachweise

Um diese Bestimmungen in Anspruch zu nehmen, müssen die betreffenden Personen sich anhand eines ihre Ansprüche bescheinigenden (Art. 24.1 DV durch Verweis von 3) Vordrucks S1 (Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes) beim Träger des Wohnortes anmelden. Dieses Formular wird vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder des Trägers des Wohnortes ausgestellt.

Dieser Nachweis behält so lange seine Gültigkeit, bis der zuständige Träger dem Träger des Wohnorts die Aufhebung der Gültigkeit mitteilt. Der Träger des Wohnortes setzt den zuständigen Träger von jeder Eintragung, die er vorgenommen hat, und von jeder Änderung oder Streichung der besagten Eintragung in Kenntnis (Art. 24.2 DV durch Verweis von 3).

([22]) Ungeachtet des Artikels 5 Buchstabe a der GV hat ein Mitgliedstaat die Kosten von Leistungen nach Artikel 23 bis 30 der GV nur dann zu tragen, wenn der Versicherte eine Rente nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats bezieht (Art. 22.2 DV).

([23]) Art. 23 GV.

([24]) Vgl. Fußnote 4.

([25]) Art. 24, 25 und 26 GV.

([26]) Vgl. Fußnote 4.

Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

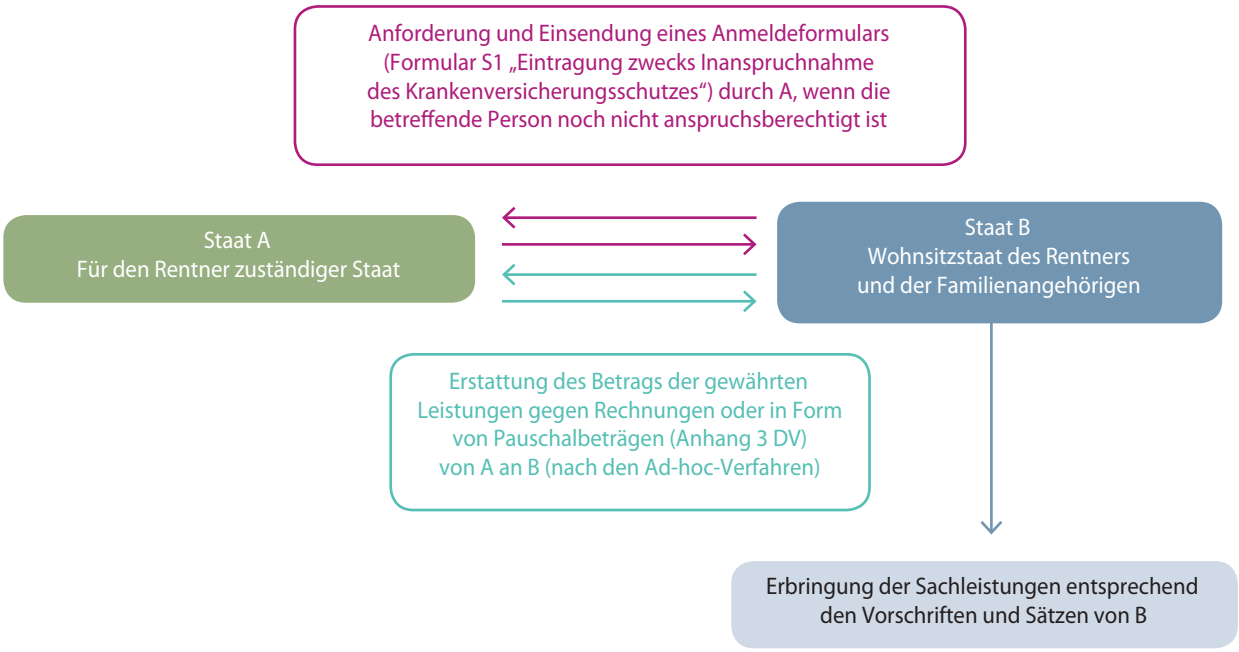
Der Träger, dem die Übernahme der Kosten der Sachleistungen zufällt, wird auf der Grundlage von Art. 23 bis 30 GV bestimmt.

Familienangehörige: Die Kosten der gezahlten Leistungen fallen dem zuständigen Träger zu, der für die Kosten der Sachleistungen verantwortlich ist, die dem Rentenberechtigten in seinem Wohnmitgliedstaat gezahlt werden (Art. 26).

Die Leistungen werden vollständig erstattet (Art. 35.1 GV). Diese Erstattung wird entsprechend den in der DV vorgesehenen Modalitäten entweder auf der Grundlage von Nachweisen über die tatsächlichen Aufwendungen oder bei Mitgliedstaaten, deren Rechts- und Verwaltungsstruktur eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen nicht zweckmäßig macht (Art. 35.2 GV), auf der Grundlage eines Pauschalbetrags ermittelt und durchgeführt. Die Mitgliedstaaten bzw. ihre zuständigen Behörden können andere Erstattungsformen vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den relevanten Trägern in ihrem Zuständigkeitsbereich verzichten (Art. 35.3 GV).

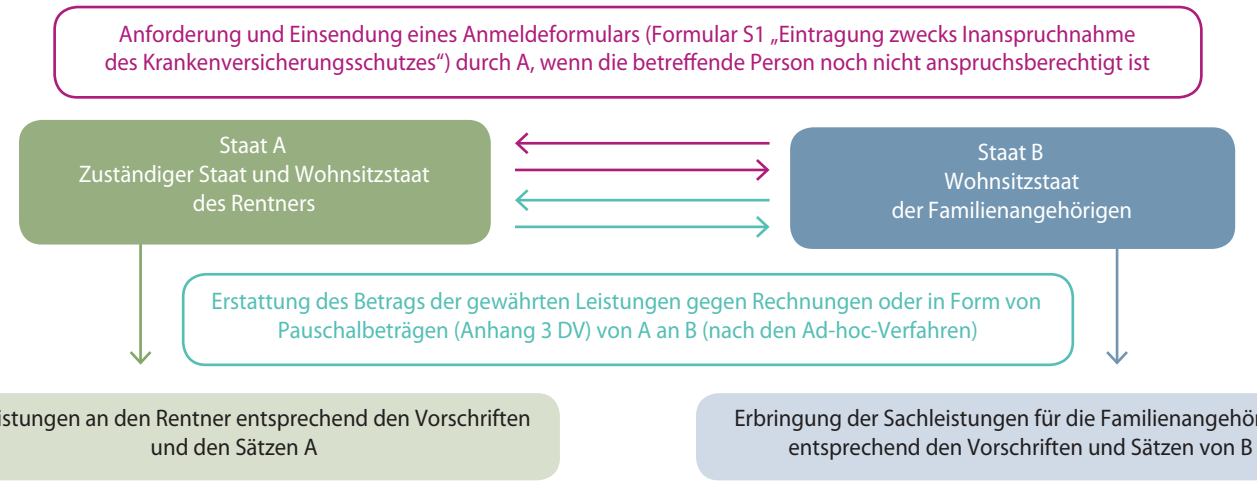
Siehe Modalitäten unter Titel IV Kapitel I der DV: Abschnitt 1, Leistungserstattungen gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen (Art. 62), oder Abschnitt 2, Leistungserstattungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen (Art. 63 bis 65), und Abschnitt 3, gemeinsame Vorschriften (Art. 66 bis 69).

Schema Nr. 10: Rentner und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen



Dieses Schema ist analog zum Schema 1 für Arbeitnehmer, wobei die Zuständigkeit von A bedeutet, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet (längerer Versicherungsverlauf im Falle mehrerer Renten aus verschiedenen Staaten), aber keinen Rentenanspruch im Wohnsitzstaat oder dort allein aufgrund des Wohnsitzes Anspruch auf Sachleistungen hat.

Schema Nr. 11: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen



Dieses Schema ist analog zum Schema 2 für Arbeitnehmer, wobei die Zuständigkeit von A bedeutet, dass die betreffende Person mindestens einen Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet.

Von diesem Schema lässt sich in gleicher Weise ein identisches Schema ableiten: Rentner, die in Staat B wohnen, und Familienangehörige, die im zuständigen Staat A wohnen.

2.2 Aufenthalt

2.2.1 Aufenthalt außerhalb des zuständigen Staates ([27])

Rentner und ihre Familienangehörigen ([28]), die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, haben Anspruch auf Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen ([29]). Die betreffende Person soll nicht gezwungen sein, vor Ablauf der vorgesehenen Aufenthaltsdauer ihren zuständigen Mitgliedstaat aufzusuchen, um sich behandeln zu lassen.

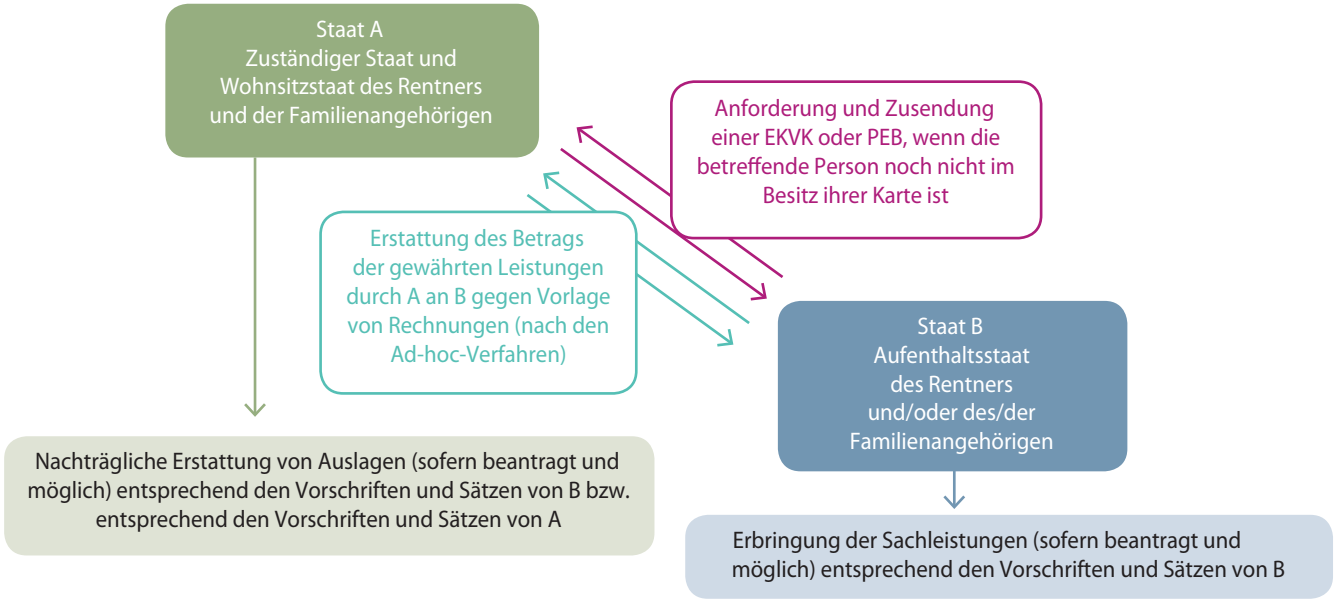
Für Rentner gelten die gleichen Regeln und Bedingungen wie für die anderen Versicherten, die unter Punkt 1.2.1 aufgeführt sind.

([27]) Art. 27 GV.

([28]) Vgl. Fußnote 4

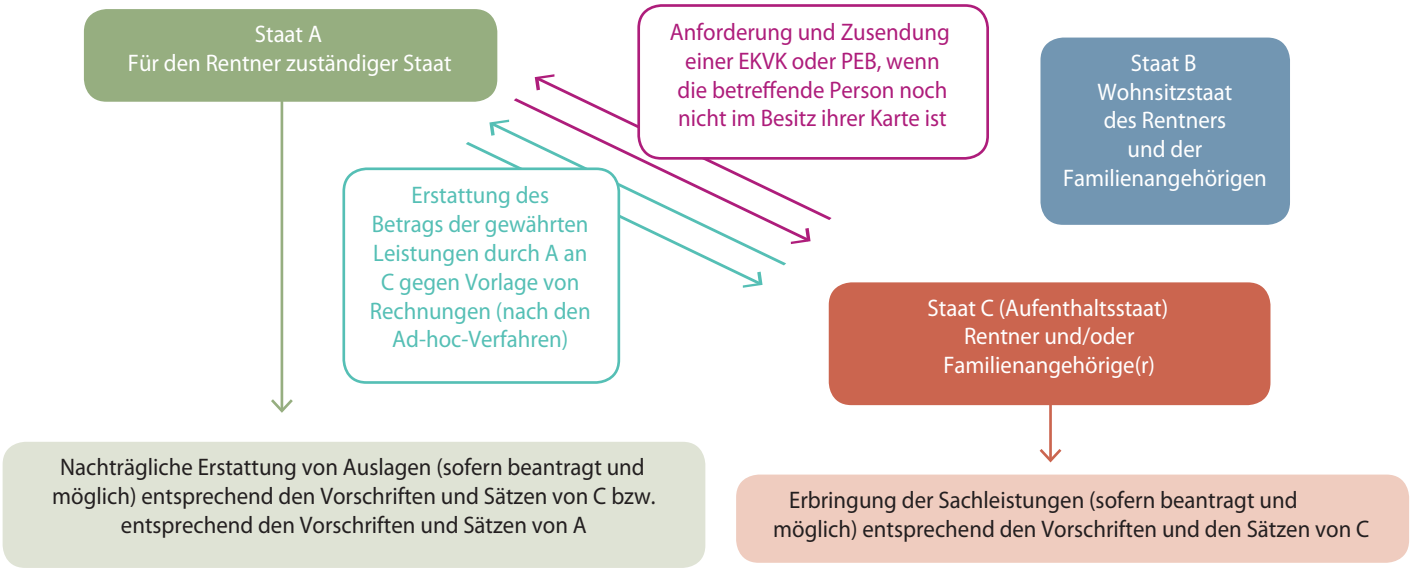
([29]) Art. 19.1 durch Verweis.

Schema Nr. 12: Rentner und Familienangehörige, die im zuständigen Staat wohnen und sich in anderen Staaten aufhalten



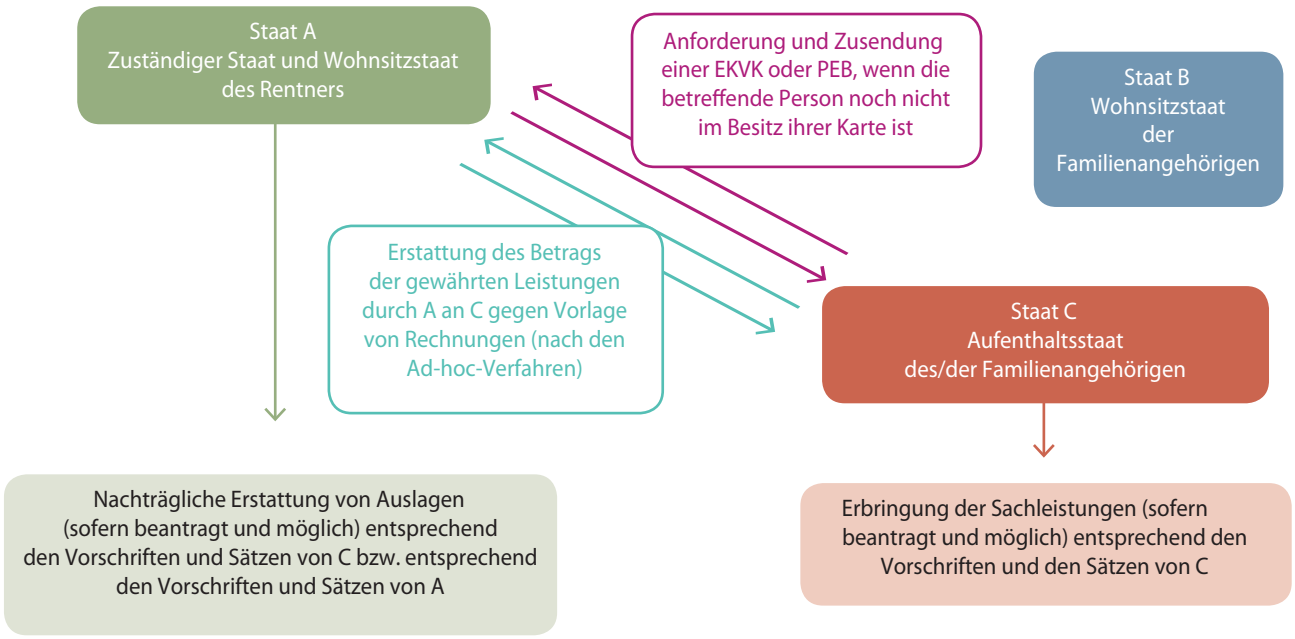
Dieses Schema ist analog zu Schema 3 für Arbeitnehmer, wobei die Zuständigkeit von A bedeutet, dass die betreffende Person mindestens einen Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet.

Schema Nr. 13: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten



Dieses Schema ist analog zu Schema 4 für Arbeitnehmer, wobei die Zuständigkeit von A bedeutet, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet (längerer Versicherungsverlauf im Falle mehrerer Renten aus verschiedenen Staaten), aber keinen Rentenanspruch im Wohnsitzstaat oder dort nur allein aufgrund des Wohnsitzes Anspruch auf Sachleistungen hat.

Schema Nr. 14: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen – Aufenthalt in anderen Staaten



Dieses Schema könnte in gleicher Weise für einen Aufenthalt des Rentners in Staat C oder sogar in Staat D erstellt werden. Ebenso könnte das grundlegende Schema umgekehrt werden: Rentner mit Wohnsitz in B und Familienangehörige mit Wohnsitz in A, ohne Änderung der Funktionen des zuständigen Staates und des Aufenthaltsstaates/der Aufenthaltsstaaten. Außerdem bedeutet die Zuständigkeit von A, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet.

2.2.2 Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat ([30])

Rentner und/oder ihre Familienangehörigen ([31]), die in einem Mitgliedstaat wohnen, bei dem es sich nicht um den zuständigen ([32]) Mitgliedstaat handelt, beziehen während eines Aufenthaltes im zuständigen Staat die gesamten gesetzlich vorgesehenen Sachleistungen von diesem Staat, unter dem Vorbehalt, dass dieser in Anhang IV der GV aufgeführt ist. Das ist gegeben im Falle Belgiens, Bulgariens, Deutschlands, Griechenlands, Frankreichs, Luxemburgs, der Niederlande, Österreichs, Polens, Spaniens, der Tschechischen Republik, Sloweniens, Schwedens, Ungarns und Zyperns.

Diese Leistungen werden vom zuständigen Träger entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen (ggf. je nach Art des Systems dieses Staates) der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht und gehen zu dessen Lasten, als ob die betreffenden Personen im zuständigen Mitgliedstaat wohnen würden.

Ist der zuständige Staat nicht in Anhang IV aufgeführt, können die betreffenden Personen den unter Punkt 2.2.1 weiter unten beschriebenen Leistungsanspruch nur begrenzt geltend machen.

Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

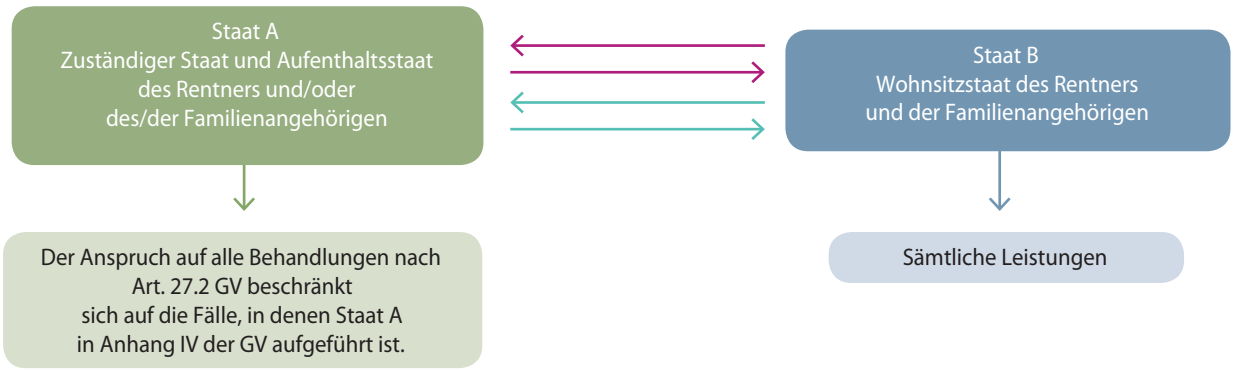
Die Kosten der Sachleistungen fallen dem zuständigen Träger zu, der für die Kosten der Sachleistungen verantwortlich ist, die dem Rentenberechtigten in seinem Wohnmitgliedstaat gewährt werden (Art. 27.4 GV).

([30]) Art. 27.2 GV.

([31]) Vgl. Fußnote 4.

([32]) Ungeachtet des Artikels 5 Buchstabe a der GV hat ein Mitgliedstaat die Kosten von Leistungen nach Artikel 23 bis 30 der GV nur dann zu tragen, wenn der Versicherte eine Rente nach den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats bezieht (Art. 22.2 DV).

Schema Nr. 15: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Mitgliedstaat ist, und sich im zuständigen Staat aufhalten



Dieses Schema wäre das gleiche, wenn der Arbeitnehmer in Staat A seinen Wohnsitz hätte und seine Familienangehörigen in Staat B, wenn der Arbeitnehmer in Staat B seinen Wohnsitz hätte und seine Familienangehörigen in Staat A oder im Falle einer Aufteilung des Arbeitnehmers und seiner Familienangehörigen auf zwei oder mehrere Wohnsitzstaaten außer Staat A.

2.2.3 Aufenthalt zur Inanspruchnahme von geplanten Gesundheitsleistungen

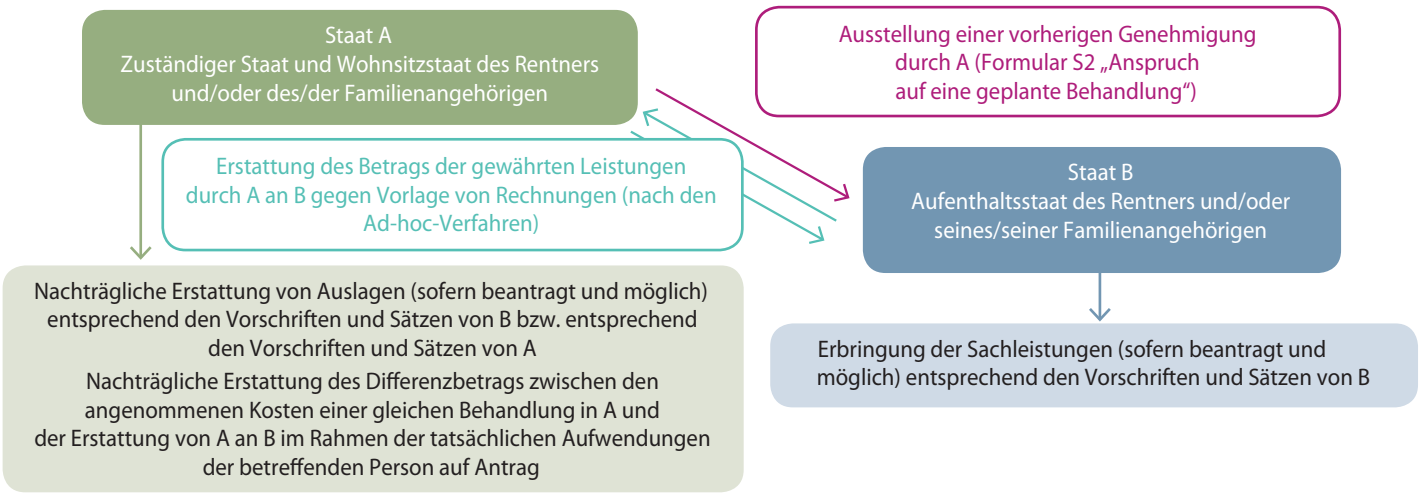
2.2.3.1 Personen mit Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat

Rentner und/oder ihre Familienangehörigen, die sich in einem anderen Mitgliedstaat aufhalten, um dort eine ihrem Gesundheitszustand angemessene Behandlung zu erhalten, erhalten die entsprechenden Sachleistungen, vorausgesetzt die vorherige Genehmigung des zuständigen Trägers liegt vor. Für Rentner gelten die gleichen Regeln wie für die anderen Versicherten, die unter Punkt 1.2.3.1 aufgeführt sind.

2.2.3.2 Personen ohne Wohnsitz im zuständigen Mitgliedstaat

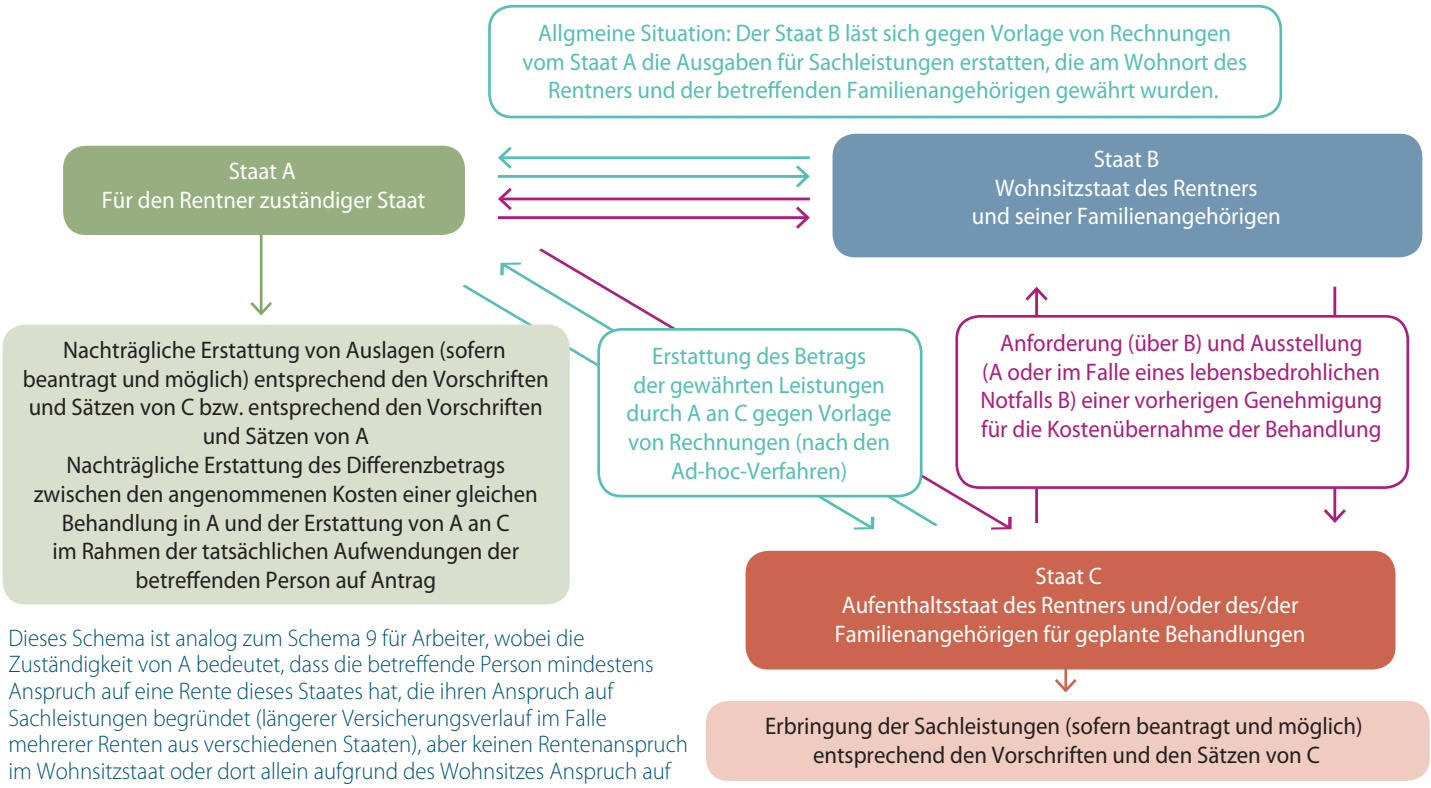
Wenn der Rentner oder Familienangehörige, der ins Ausland reist, um sich einer Behandlung zu unterziehen, in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnt, werden die oben beschriebenen Maßnahmen entsprechend den unter Punkt 1.2.3.2 angegebenen Anpassungen angewandt.

Schema Nr. 16: Rentner und Familienangehörige, die im zuständigen Mitgliedstaat wohnen und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen



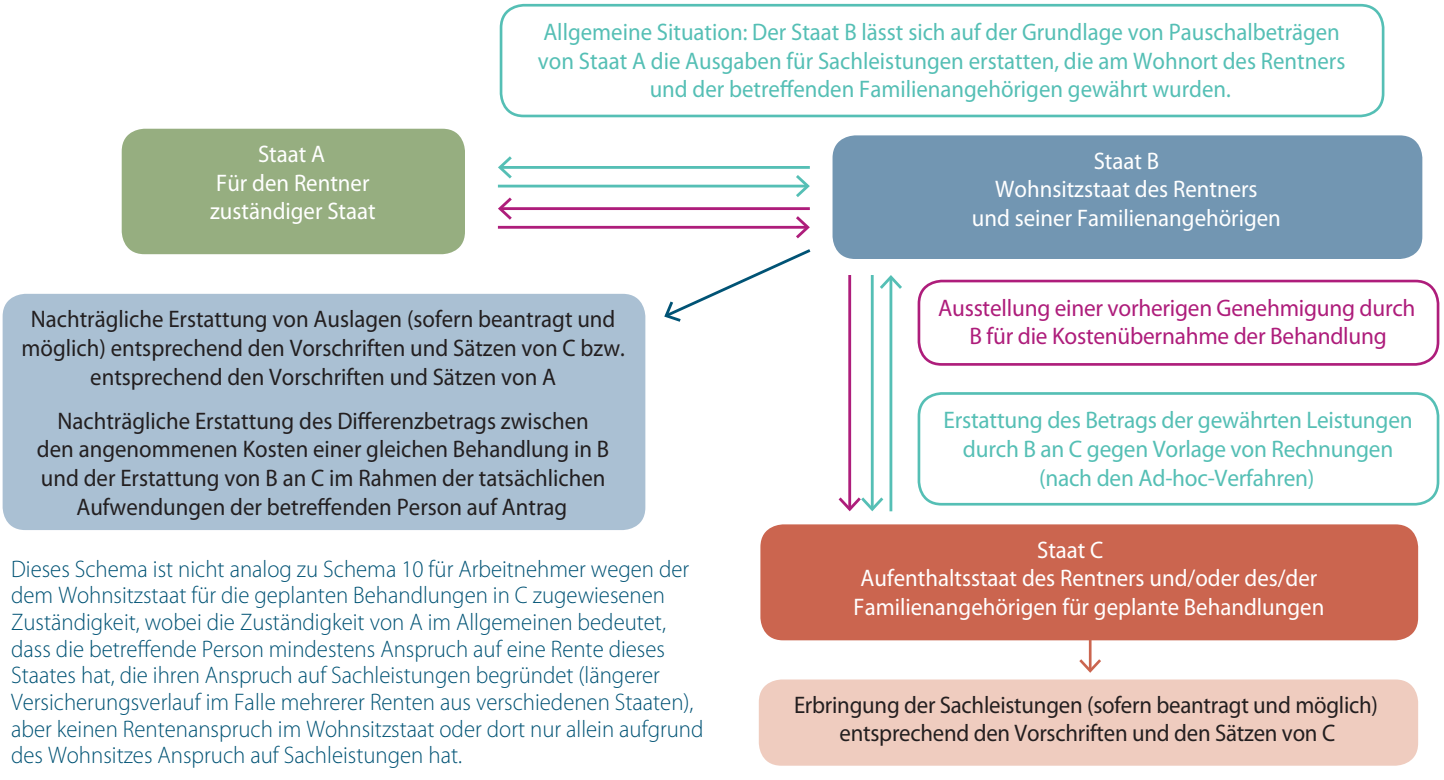
Dieses Schema ist analog zu Schema 7 für Arbeitnehmer, wobei die Zuständigkeit von A bedeutet, dass die betreffende Person mindestens einen Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet.

Schema Nr. 17 – I: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist (Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen) – und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen



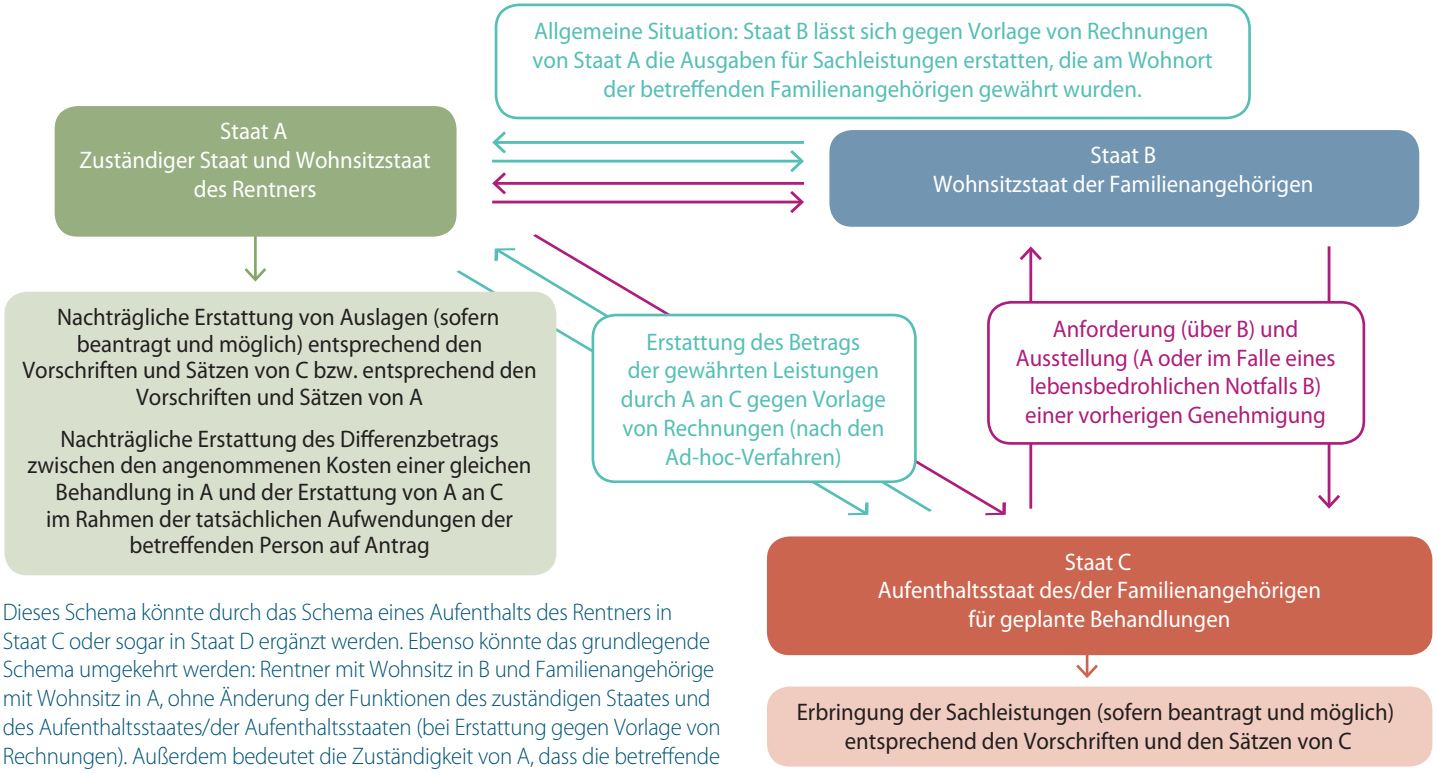
Dieses Schema ist analog zum Schema 9 für Arbeiter, wobei die Zuständigkeit von A bedeutet, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet (längerer Versicherungsverlauf im Falle mehrerer Renten aus verschiedenen Staaten), aber keinen Rentenanspruch im Wohnsitzstaat oder dort allein aufgrund des Wohnsitzes Anspruch auf Sachleistungen hat.

Schema Nr. 17 – II: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Mitgliedstaat ist (Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen) – und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen



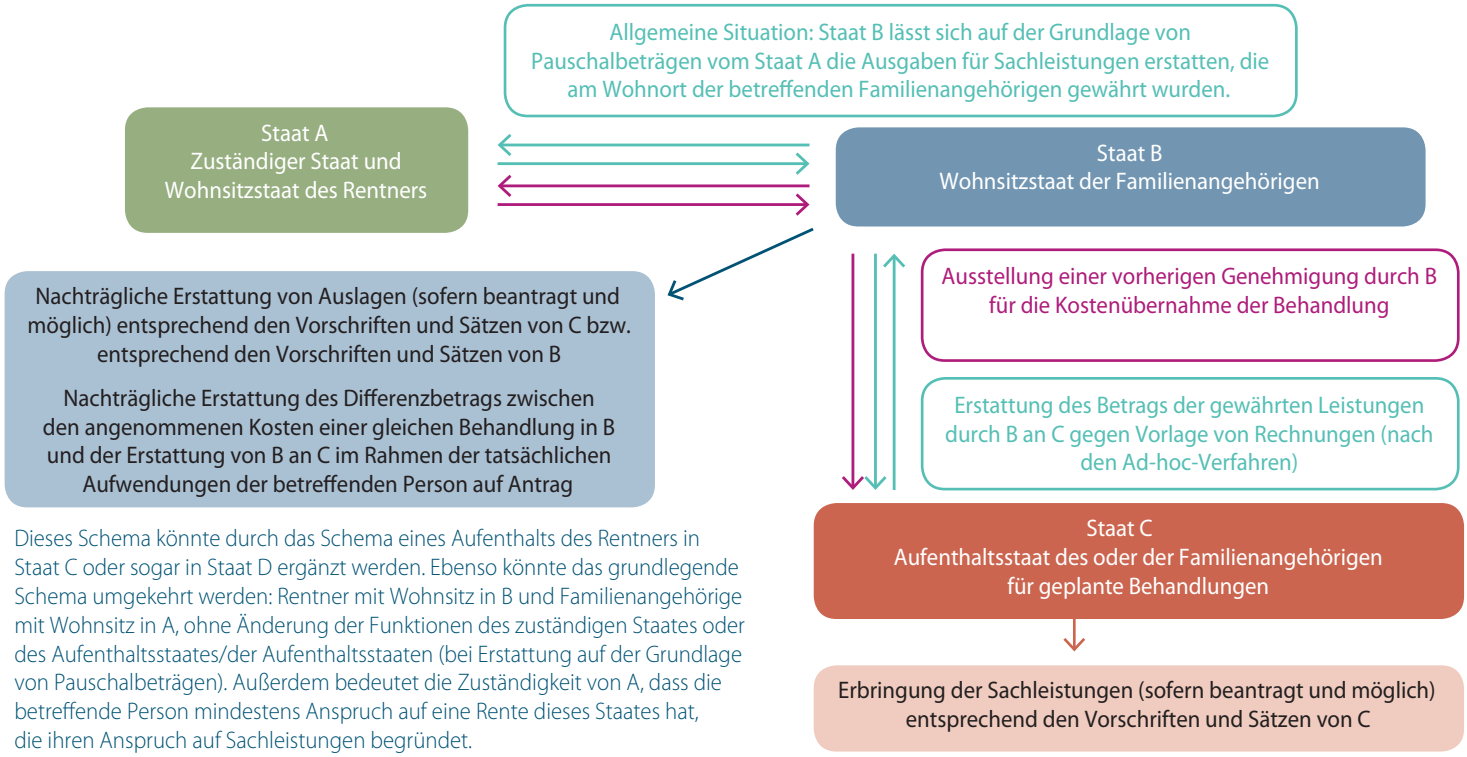
Dieses Schema ist nicht analog zu Schema 10 für Arbeitnehmer wegen der dem Wohnsitzstaat für die geplanten Behandlungen in C zugewiesenen Zuständigkeit, wobei die Zuständigkeit von A im Allgemeinen bedeutet, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet (längerer Versicherungsverlauf im Falle mehrerer Renten aus verschiedenen Staaten), aber keinen Rentenanspruch im Wohnsitzstaat oder dort nur allein aufgrund des Wohnsitzes Anspruch auf Sachleistungen hat.

Schema Nr. 18 – I: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen



Dieses Schema könnte durch das Schema eines Aufenthalts des Rentners in Staat C oder sogar in Staat D ergänzt werden. Ebenso könnte das grundlegende Schema umgekehrt werden: Rentner mit Wohnsitz in B und Familienangehörige mit Wohnsitz in A, ohne Änderung der Funktionen des zuständigen Staates und des Aufenthaltsstaates/der Aufenthaltsstaaten (bei Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen). Außerdem bedeutet die Zuständigkeit von A, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet.

Schema Nr. 18 – II: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen



Dieses Schema könnte durch das Schema eines Aufenthalts des Rentners in Staat C oder sogar in Staat D ergänzt werden. Ebenso könnte das grundlegende Schema umgekehrt werden: Rentner mit Wohnsitz in B und Familienangehörige mit Wohnsitz in A, ohne Änderung der Funktionen des zuständigen Staates oder des Aufenthaltsstaates/der Aufenthaltsstaaten (bei Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen). Außerdem bedeutet die Zuständigkeit von A, dass die betreffende Person mindestens Anspruch auf eine Rente dieses Staates hat, die ihren Anspruch auf Sachleistungen begründet.

2.2.4 Aufenthalt in einem ehemaligen Erwerbsmitgliedstaat (ehemalige Grenzgänger) ([33])

Es gelten zwei zusätzliche Sonderbestimmungen für ehemalige Grenzgänger und deren Familienangehörige, wenn die allgemeinen Bestimmungen der Punkte 2.2.1, 2.2.2 und 2.2.3 weiter oben keine Anwendung finden oder wenn sich diese allgemeinen Bestimmungen für die betreffenden Personen als ungünstiger erweisen.

1. Fortsetzung einer Behandlung

   Grenzgänger, die in Altersrente gehen oder wegen Arbeitsunfähigkeit eine Invalidenrente erhalten, haben Anspruch auf Sachleistungen in dem Mitgliedstaat, in dem sie zuletzt eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, um eine Behandlung fortzusetzen, die sie im gleichen Mitgliedstaat begonnen haben.

   Als „Fortsetzung einer Behandlung" gilt die fortlaufende Untersuchung, Diagnose und Behandlung einer Krankheit.

   Diese Bestimmungen gelten nicht für die Familienangehörigen der betreffenden Personen, wenn der Mitgliedstaat, in dem der Grenzgänger zuletzt erwerbstätig war, in Anhang III der GV aufgeführt ist. Das trifft auf Dänemark, Finnland, Irland, Schweden und das Vereinigte Königreich sowie bis zum 1. Mai 2014 auf Estland, Italien, Litauen, die Niederlande, Spanien und Ungarn zu.

2. Ausübung einer Tätigkeit als Grenzgänger

   Rentner, die in den letzten fünf Jahren vor dem Zeitpunkt ihres Eintritts in den Ruhestand mindestens zwei Jahre als Grenzgänger eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, haben im Falle eines Aufenthalts Anspruch auf die gesamten gesetzlich vorgesehenen Sachleistungen dieses Staates.

   Diese Bestimmungen finden unter dem Vorbehalt Anwendung, dass dieser Staat und der zuständige Staat beide in Anhang V der GV aufgeführt sind. Dies ist der Fall für Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich, Portugal und Spanien.

   Diese Bestimmungen gelten nicht für die Familienangehörigen der betreffenden Personen, wenn der Mitgliedstaat, in dem die anerkannten Erwerbszeiten zurückgelegt wurden, in Anhang III der GV aufgeführt ist. Das trifft auf Dänemark, Finnland, Irland, Schweden und das Vereinigte Königreich sowie bis zum 1. Mai 2014 auf Estland, Italien, Litauen, die Niederlande, Spanien und Ungarn zu.

In beiden Fällen werden diese Leistungen vom Träger des Aufenthaltsstaates entsprechend den Bedingungen, Modalitäten und Sätzen der für diesen Träger geltenden Rechtsvorschriften erbracht, als ob die betreffenden Personen kraft dieser Gesetzgebung versichert wären.

Ist der Aufenthaltsstaat nicht oder nicht mehr der zuständige Staat, können die betreffenden Personen ihre Ansprüche geltend machen, indem sie dem Träger des Aufenthaltsortes das vom zuständigen Träger ausgestellte und ihre Ansprüche bescheinigende Formular S3 „Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit" vorlegen.

Die vom Träger des Aufenthaltsortes gewährten Leistungen sind Gegenstand einer Erstattung durch den zuständigen Träger, wenn dieser nicht mit ersterem identisch ist, nach Maßgabe der Modalitäten und Verfahren, die in der DV festgelegt wurden (Titel IV Kapitel I).

Verfahren und Nachweise

Ist der Mitgliedstaat, in dem der ehemalige Grenzgänger zuletzt eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, nicht mehr der zuständige Mitgliedstaat und begibt sich der ehemalige Grenzgänger oder einer seiner Familienangehörigen dorthin, um dort Sachleistungen nach Artikel 28 der GV zu erhalten, legt er dem Träger des Aufenthaltsortes ein vom zuständigen Träger ausgestelltes und seine Ansprüche bescheinigendes (Art. 29 DV) Dokument (Formular S3 „Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit") vor.

Erstattungen zwischen Mitgliedstaaten

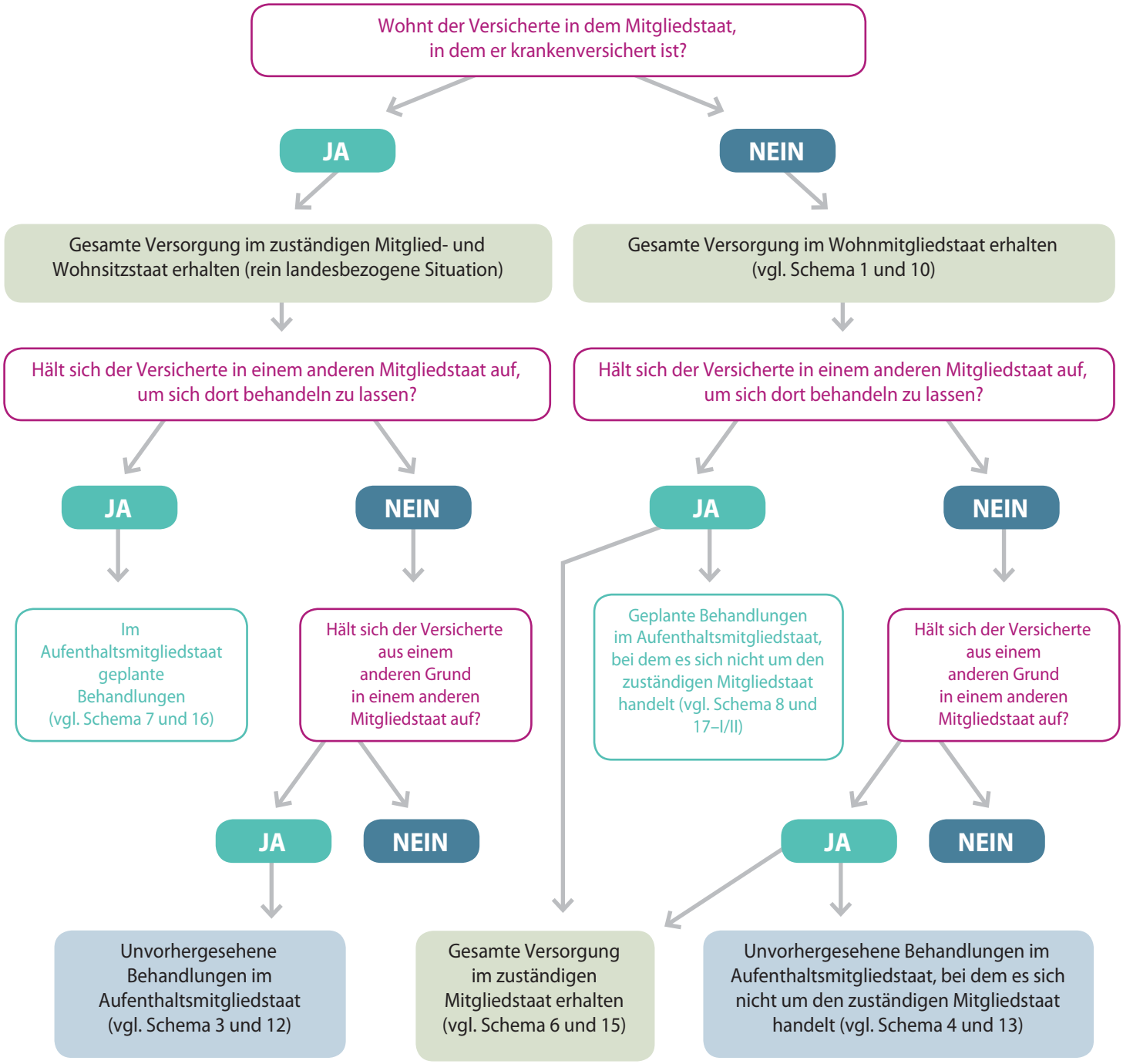
Die Kosten der Sachleistungen fallen dem zuständigen Träger zu, der für die Kosten der Sachleistungen verantwortlich ist, die dem Rentenberechtigten oder seinen Hinterbliebenen in ihrem jeweiligen Wohnmitgliedstaat gewährt werden (Art. 25.5 GV).

Sind der Träger des Aufenthaltsortes und der zuständige Träger nicht identisch, sind die von ersterem gewährten Leistungen vollständig zu erstatten (Art. 35.1 GV). Diese Erstattung wird entsprechend den in der DV vorgesehenen Modalitäten auf der Grundlage von Nachweisen über die tatsächlichen Aufwendungen ermittelt und durchgeführt. Die Mitgliedstaaten bzw. ihre zuständigen Behörden können andere Erstattungsformen vereinbaren oder auf jegliche Erstattung zwischen den relevanten Trägern in ihrem Zuständigkeitsbereich verzichten (Art. 35.3 GV).

Siehe Modalitäten unter Titel IV Kapitel I der DV: Abschnitt 1, Leistungserstattungen gegen Nachweis der tatsächlichen Aufwendungen (Art. 62), und Abschnitt 3, gemeinsame Vorschriften (Art. 66 bis 69).

([33]) Art. 28.1 und 28.2 GV.

Zusammenfassendes Schema der Kostenübernahmemöglichkeiten bei Gesundheitsleistungen nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004



Glossar

A

Aufenthaltsstaat
Der Aufenthaltsstaat bezeichnet im Allgemeinen den Staat, in dem die betreffende Person sich vorübergehend aufhält (nicht der gewöhnliche Wohnsitzort). Im Falle von Aufenthalten zwecks Inanspruchnahme von geplanten Behandlungen bezeichnet der Aufenthaltsstaat den Staat, in dem sich die betreffende Person vorübergehend aufhält (nicht der gewöhnliche Wohnsitzort), um sich dort behandeln zu lassen. (Art. 1 Buchst. k GV)

D

DV – Verordnung (EG) Nr. 987/2009 oder Durchführungsverordnung
Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

F

Familienangehöriger
Als Familienangehörige in Bezug auf Gesundheitsleistungen (Titel III, Kapitel 1, GV) gelten Personen, die als solche gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Wohnsitzstaates der betreffenden Person anerkannt sind. Liegt keine Definition vor, zählen der Ehepartner, minderjährige Kinder und volljährige unterhaltsberechtigte Kinder zu den Familienangehörigen. Siehe Definition der Begriffe „Versicherter" und „Familienangehöriger" (Art. 1 Buchst. c und i GV)

G

Gesundheitsleistungen (Sachleistungen)
Der Begriff „Gesundheitsleistungen" umfasst alle Sachleistungen, die nach den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats vorgesehen sind und die den Zweck verfolgen, die ärztliche Behandlung und die diese Behandlung ergänzenden Produkte und Dienstleistungen zu erbringen bzw. zur Verfügung zu stellen oder direkt zu bezahlen oder die diesbezüglichen Kosten zu erstatten. Dazu gehören auch Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit (Art. 1 Buchst. va Ziff. i GV).

Grenzgänger
Als Grenzgänger werden Personen bezeichnet, die eine Beschäftigung oder selbstständige Erwerbstätigkeit in einem Mitgliedstaat ausüben und in einem anderen Mitgliedstaat wohnen bzw. grundsätzlich jeden Tag oder mindestens einmal pro Woche dorthin zurückkehren. Der Aufenthaltsstaat bezeichnet den Staat, in dem die betreffende Person sich vorübergehend aufhält (nicht der gewöhnliche Wohnsitzort). Siehe Bestimmungen bezüglich Anhang III (Art. 87 Abs. 10a und 10b GV)

GV – Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder Grundverordnung
Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 29. April 2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in der durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009 geänderten Fassung. Eine konsolidierte Fassung dieser Verordnungen wurde im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht. Mit der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 wird dieses Gesetzespaket als Modernisierung der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit bezeichnet.

V

Versicherter
Siehe Definition des Begriffs „Versicherter" (Art. 1 Buchst. c GV)

Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit
Die Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit setzt sich aus einem Vertreter der Regierung jedes EU-Landes und einem Vertreter der Europäischen Kommission zusammen. Sie behandelt alle Verwaltungs- und Auslegungsfragen, die sich aus den Bestimmungen der Verordnungen bezüglich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ergeben, und fördert und stärkt die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten der EU. Die Zusammensetzung, die Arbeitsweise und die Aufgaben der Verwaltungskommission sind in den Artikeln 71 und 72 der GV festgelegt.

W

Wohnsitzstaat
Der Begriff „Wohnsitz" bezeichnet den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts einer Person (Art. 1 Buchst. j GV). Siehe auch DV, Artikel 11.

Z

Zuständiger Staat
Der zuständige Staat wird nach den unter Titel II der GV vorgesehenen Bestimmungsregeln der anwendbaren Rechtsvorschriften bestimmt.

Zuständiger Träger
Der zuständige Träger ist der Träger, bei dem die betreffende Person zum Zeitpunkt der Beantragung der Leistung versichert ist, oder der Träger, gegenüber dem die betreffende Person einen Leistungsanspruch hat oder hätte, wenn sie oder der/die Familienangehörige(n) in dem Mitgliedstaat wohnen würden, in dem sich dieser Träger befindet (Art. 1 Buchst. q GV). Dieser Begriff steht im Gegensatz zu dem des Trägers des Wohnortes oder des Trägers des Aufenthaltsortes (Art. 1 Buchst. r GV). Der zuständige Träger ist derjenige, der die Kosten der Leistungen letztendlich übernimmt, die der betreffenden Person in ihrem Wohnsitzstaat gewährt wurden, wobei der Wohnsitzstaat mit dem zuständigen Staat identisch sein kann, aber nicht sein muss.

Formulare S1, S2 und S3 (34)

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

S1

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch und der Anspruch Ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft (d. h. Gesundheitsversorgung, ärztliche Behandlung usw.) in Ihrem Wohnstaat bescheinigt.
Familienangehörige sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats festgelegten Bedingungen erfüllen.
Die Bescheinigung muss dem Krankenversicherungsträger des Wohnorts (**) so bald wie möglich übermittelt werden.
Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat	
1.2 Nachname	
1.3 Vorname(n)	
1.4 Geburtsname (***)	
1.5 Geburtsdatum	
1.6 Anschrift im Wohnstaat	
1.6.1 Straße, Nr.	1.6.3 Postleitzahl
1.6.2 Ort	1.6.4 Ländercode

1.7 Status

- ☐ 1.7.1 Versicherte/r
- ☐ 1.7.2 Familienangehörige/r einer/eines Versicherten
- ☐ 1.7.3 Rentner/in
- ☐ 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin
- ☐ 1.7.5 Rentenantragsteller/in

2. GELDLEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- ☐ 2.1 Der/Die Inhaberin erhält Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 17, 22, 24, 25, 26 und 34, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 24 und 28.
(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Provinzialdirektion der staatlichen Sozialversicherungsanstalt (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.
(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

© Europäische Union

(34) http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=868&langId=de

S1

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN

(auszufüllen, wenn der/die Inhaber/in einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, der auf der Versicherung einer anderen Person beruht)

3.1	Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat
3.2	Nachname
3.3	Vorname(n)
3.4	Geburtsname (*)
3.5	Geburtsdatum
3.6	Anschrift des/der Versicherten (wenn von der unter 1.6 angegebenen Anschrift abweichend)
3.6.1	Straße, Nr.
3.6.2	Ort
3.6.3	Postleitzahl
3.6.4	Ländercode

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ VON/BIS:

4.1	Beginn	4.2	Ende

5. AUSSTELLENDER TRÄGER

5.1	Name		
5.2	Straße, Nr.		
5.3	Ort		
5.4	Postleitzahl	5.5	Ländercode
5.6	Kenn-Nummer des Trägers		
5.7	Faxnummer		
5.8	Telefonnummer		
5.9	E-Mail		
5.10	Datum		
5.11	Unterschrift		

STEMPEL

(*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

S2

Anspruch auf eine geplante Behandlung

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.
Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1	Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat		
1.2	Nachname		
1.3	Vorname(n)		
1.4	Geburtsname (**)		
1.5	Geburtsdatum		
1.6	Aktuelle Anschrift		
1.6.1	Straße, Nr.	1.6.3	Postleitzahl
1.6.2	Ort	1.6.4	Ländercode

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

2.1	Behandlung		
2.2	Ort der Behandlung		
2.3	Voraussichtliche Behandlungsdauer		
2.3.1	Beginn	2.3.2	Ende

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

© Europäische Union

S2

Anspruch auf eine geplante Behandlung

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1	Name		
3.2	Straße, Nr.		
3.3	Ort		
3.4	Postleitzahl	3.5	Ländercode
3.6	Kenn-Nummer des Trägers		
3.7	Faxnummer		
3.8	Telefonnummer		
3.9	E-Mail		
3.10	Datum		
3.11	Unterschrift		

STEMPEL

S3

Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer vormaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt.
Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsorts vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat	
1.2 Nachname	
1.3 Vorname(n)	
1.4 Geburtsname (**)	
1.5 Geburtsdatum	
1.6 Aktuelle Anschrift	
1.6.1 Straße, Nr.	1.6.3 Postleitzahl
1.6.2 Ort	1.6.4 Ländercode
1.7 Persönliche Versichertennummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit	
1.8 Status	

☐ 1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/ Ehemalige Grenzgängerin

☐ 1.8.2 Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/ einer ehemaligen Grenzgängerin

2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

☐ 2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (***)

2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

☐ 2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit (***)

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 28, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 29.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.
(***) Bitte den Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit angeben.

© Europäische Union

S3

Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1	Name		
3.2	Straße, Nr.		
3.3	Ort		
3.4	Postleitzahl	3.5	Ländercode
3.6	Kenn-Nummer des Trägers		
3.7	Faxnummer		
3.8	Telefonnummer		
3.9	E-Mail		
3.10	Datum		
3.11	Unterschrift		

STEMPEL

Schemaverzeichnis

Schema Nr. 1: Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen 8

Schema Nr. 2: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen 8

Schema Nr. 3: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die im zuständigen Staat wohnen und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten 11

Schema Nr. 4: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten 11

Schema Nr. 5: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten 12

Schema Nr. 6: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich im zuständigen Staat aufhalten 12

Schema Nr. 7: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die im zuständigen Mitgliedstaat wohnen und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen 14

Schema Nr. 8: Arbeitnehmer und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen 15

Schema Nr. 9 – I: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen 16

Schema Nr. 9 – II: Arbeitnehmer, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen 16

Schema Nr. 10: Rentner und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen 18

Schema Nr. 11: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen 19

Schema Nr. 12: Rentner und Familienangehörige, die im zuständigen Staat wohnen und sich in anderen Staaten aufhalten 20

Schema Nr. 13: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist, und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten 20

Schema Nr. 14: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen – Aufenthalt in anderen Staaten 21

Schema Nr. 15: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Mitgliedstaat ist, und sich im zuständigen Staat aufhalten 22

Schema Nr. 16: Rentner und Familienangehörige, die im zuständigen Mitgliedstaat wohnen und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen 22

Schema Nr. 17 – I: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Staat ist (Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen) – und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen 23

Schema Nr. 17 – II: Rentner und Familienangehörige, die in einem Mitgliedstaat wohnen, der nicht der zuständige Mitgliedstaat ist (Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen) – und sich in anderen Mitgliedstaaten aufhalten, um sich dort behandeln zu lassen 23

Schema Nr. 18 – I: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung gegen Vorlage von Rechnungen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen 24

Schema Nr. 18 – II: Rentner, die im zuständigen Staat wohnen, und Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Erstattung auf der Grundlage von Pauschalbeträgen) – Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten, um sich dort behandeln zu lassen 24

Zusammenfassendes Schema der Kostenübernahmemöglichkeiten bei Gesundheitsleistungen nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 26

Weitere Informationen

Die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa auf der Website der Generaldirektion für Beschäftigung, Soziales und Integration der Europäischen Kommission:

http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=26&langId=de

Dort befinden sich alle offiziellen Dokumente und Links zu den im *Amtsblatt der Europäischen Union* veröffentlichten Texten.

Nähere Informationen über die europäische Krankenversicherungskarte sind verfügbar unter:

http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=509&langId=de

EESSI-Verzeichnis der europäischen Sozialversicherungsträger:

http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de

Website des Expertennetzes trESS:

http://www.tress-network.org

Europäische Kommission

Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa – Ansprüche der Versicherten und ihrer Familienangehörigen nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union

2011 – 35 S. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-79-19680-5
doi:10.2767/29412

Die EU hat im Bereich der sozialen Sicherheit gemeinsame Regelungen zum Schutz der Rechte des Bürgers bei einem Umzug innerhalb Europas erlassen. Durch diese gemeinsamen Regelungen werden jedoch nicht die nationalen sozialen Sicherungssysteme durch ein einziges, europaweit gültiges System ersetzt: Jedes Land der Europäischen Union legt die Bedingungen, unter denen Leistungen der Sozialversicherung gewährt werden, sowie die Höhe und Bezugsdauer der Leistungen fest. Hierbei müssen jedoch die EU-Rechtsvorschriften, insbesondere Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, beachtet werden. Dieser Leitfaden verschafft den zuständigen nationalen Behörden einen Überblick über die Koordinierungsbestimmungen der EU im Bereich der Gesundheitsfürsorge. Er enthält Angaben zu den Ansprüchen der Versicherten und ihrer Familienangehörigen sowie der Rentner und ihrer Familien. Die Bestimmungen enthalten Erläuterungen in Bezug auf den Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort, entweder im Land der Versicherung oder einem anderen Land der Europäischen Union.

Die Druckausgabe dieser Veröffentlichung ist in Englisch, Französisch und Deutsch erhältlich.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu);
- bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Union.
  Die entsprechenden Kontaktdaten finden sich unter http://ec.europa.eu oder können per Fax unter der Nummer +352 2929-42758 angefragt werden.

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über den EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu).

Kostenpflichtige Abonnements (wie z. B. das *Amtsblatt der Europäischen Union* oder die Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union):

- über eine Vertriebsstelle des Amts für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm).

KE-32-11-686-DE-C

Falls Sie an den **Veröffentlichungen** der Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration interessiert sind, können Sie sie unter folgender Adresse herunterladen oder kostenfrei abonnieren:
http://ec.europa.eu/social/publications

Unter der folgenden Adresse können Sie sich auch gerne für den kostenlosen E-Newsletter der Europäischen Kommission *Social Europe* anmelden:
http://ec.europa.eu/social/e-newsletter

http://ec.europa.eu/social

www.facebook.com/socialeurope

Amt für Veröffentlichungen

ISBN 978-92-79-19680-5