

Hinweise für Leistungserbringer zum Leistungsumfang bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) bei Sachleistungsaushilfe in Deutschland

Inhalt

| | |
|---------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Rechtsgrundlagen und Grundsatz | 1 |
| 1.1 Während des Aufenthalts notwendige Sachleistungen | 3 |
| 1.2 Abgrenzung zur geplanten Behandlung | 3 |
| 1.3 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit..... | 3 |
| 2. Terminierte Behandlung..... | 4 |
| 3. Unfreiwillige Verlängerung des vorübergehenden Aufenthalts | 4 |
| 4. Bestehende oder chronische Krankheiten..... | 4 |
| 5. Schwangerschaft und Entbindung | 5 |
| 5.1 Neugeborene | 5 |
| 5.2 Beispiele..... | 5 |
| 6. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen..... | 7 |

Soweit die Regelungen im Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der Europäischen Union und dem Vereinigten Königreich denen des EU-Rechts entsprechen, werden im Folgenden keine gesonderten Ausführungen zum Vereinigten Königreich gemacht.

1. Rechtsgrundlagen und Grundsatz

In einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich versicherte Personen haben bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland 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 – vergleiche Artikel 19 Absatz 1 VO (EG) 883/04 und Artikel 27 Absatz 1 VO (EG) 883/04.

Sachleistungen in diesem Sinne sind diejenigen, die im Aufenthaltsmitgliedstaat nach dessen Rechtsvorschriften erbracht werden und sich als medizinisch notwendig erweisen, damit der

Stand:02/2023

Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten.

Auch folgende Leistungen sind als „notwendige Sachleistungen“ anzusehen, sofern die Inanspruchnahme dieser Behandlungen nicht der alleinige Zweck des Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat ist:

1. Leistungen, die in Zusammenhang mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit erbracht werden,
2. Leistungen, die in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung erbracht werden sowie
3. Leistungen, für die eine vorherige Vereinbarung mit der betreffenden spezialisierten medizinischen Einrichtung erforderlich ist

Für die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Sachleistungen muss die Patientin bzw. der Patient die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) bzw. eine Global Health Insurance Card (GHIC)¹ vorlegen.

Hinweise zum Verfahren bei Leistungsanspruchnahme mit EHIC, PEB oder GHIC entnehmen Sie bitte den nachfolgend aufgeführten, zwischen KBV, KZBV bzw. DKG und dem GKV-Spitzenverband getroffenen Vereinbarungen zur Behandlung von Patienten aus dem Ausland auf der Grundlage der vorgenannten Anspruchsbescheinigungen:

1. Anlage 20 BMV-Z – Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte
https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Kankenversicherungskarte.pdf
2. Anlage 18 BMV-Z – Vereinbarung zur Behandlung von Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland
<https://www.kzbv.de/bundesmantelvertrag.1223.de.html>
3. Empfehlung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte und der Provisorischen Ersatzbescheinigung
https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Empfehlung_Anwendung_EHIC.pdf

¹ Betrifft nur Patientinnen und Patienten aus dem Vereinigten Königreich.

Stand:02/2023

1.1 Während des Aufenthalts notwendige Sachleistungen

Welche Sachleistungen notwendig sind, ist mit Blick auf den konkreten Einzelfall zu bewerten. Dabei steht die medizinische Notwendigkeit in einem engen Bezug zur Aufenthaltsdauer in Deutschland. Je länger sich eine Person in Deutschland aufhält, desto mehr Leistungen können – je nach Krankheitsbild – medizinisch notwendig werden. Die Sachleistungen müssen so weitreichend sein, dass die betroffene Person nicht vorzeitig in den zuständigen Staat zurückkehren muss, um dort die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten. Der Leistungserbringer entscheidet, welche Behandlung vor dem Hintergrund der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig ist. Welche Aufenthaltsdauer bei der Beurteilung zugrunde zu legen ist, ergibt sich grundsätzlich aus den Angaben der Patientin beziehungsweise des Patienten auf der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung, die im Krankenhaus beziehungsweise bei einer Vertrags(zahn)ärztin oder einem Vertrags(zahn)arzt auszufüllen ist. Hier gibt die Patientin beziehungsweise der Patient unter anderem die voraussichtliche Aufenthaltsdauer in Deutschland an. Ist der Leistungserbringer jedoch hinsichtlich der Beurteilung des Leistungsumfangs unsicher, kann er die von der Patientin bzw. dem Patienten gewählte deutsche Krankenkasse in ihrer Funktion als aushelfender Träger hinzuziehen. Die Krankenkasse kann als aushelfender Träger zur Klärung dann den Medizinischen Dienst (MD) einschalten.

1.2 Abgrenzung zur geplanten Behandlung

Bei der Abgrenzung zwischen Ansprüchen aufgrund der Vorlage einer EHIC, GHIC oder PEB und einer geplanten Behandlung im Rahmen des Artikels 20 VO (EG) 883/04, für die eine Genehmigung des ausländischen zuständigen Trägers mit dem Portablen Dokument S2 (Anspruchsbescheinigung PD S2) erforderlich ist, ist in erster Linie auf den Zweck der Einreise abzustellen. Reist die Person allein aus Behandlungsgründen nach Deutschland ein, liegt eine Einreise zum Zwecke der Behandlung und damit die Notwendigkeit der Vorlage der Anspruchsbescheinigung PD S2 vor. Erfolgt die Einreise aus anderen Gründen (zum Beispiel Tourismus, Besuch, Entsendung, Studium, befristete Familienzusammenführung bei Schwangerschaft etc.) und werden während des Aufenthalts Leistungen medizinisch notwendig, so ist der Anspruch durch Vorlage der EHIC, GHIC oder PEB gegeben.

1.3 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind ungeachtet gewisser Besonderheiten als Leistungen bei Krankheit zu qualifizieren (EuGH, Rechtssache C –160/96). Daher besteht ein Anspruch auf notwendige Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland mit der EHIC beziehungsweise PEB. Mit der GHIC können keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden, da diese vom Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich nicht erfasst werden.

Stand:02/2023

2. Terminierte Behandlung

Vom Leistungserbringer mit Termin angesetzte Behandlungen (elektive Eingriffe, Abklärungsuntersuchungen, Kontrolluntersuchungen etc.) können vom Leistungsumfang der EHIC, GHIC oder PEB erfasst sein, wenn diese aus Sicht des behandelnden Leistungserbringers aus medizinischen Gründen nicht ohne gesundheitlichen Nachteil bis zur Beendigung des von der Patientin beziehungsweise vom Patienten ursprünglich geplanten Aufenthalts aufgeschoben werden können.

Kann die Behandlung dagegen aus Sicht des Leistungserbringers bis zur Beendigung des Aufenthalts ohne gesundheitliche Nachteile warten und wünscht die Person dennoch eine frühzeitige Behandlung in Deutschland, besteht kein Anspruch über die EHIC, GHIC oder PEB. In diesem Fall muss die Person die Behandlungskosten selbst bezahlen oder eine Antragsbescheinigung PD S2 beibringen.

3. Unfreiwillige Verlängerung des vorübergehenden Aufenthalts

Ansprüche bei Vorlage der EHIC, GHIC oder PEB können auch dann bestehen, wenn sich der Aufenthalt der Person aufgrund von Reiseunfähigkeit unfreiwillig verlängert. Dabei gibt es keine konkrete Höchstgrenze in Bezug auf die Verlängerung.

4. Bestehende oder chronische Krankheiten

Benötigt eine Person aus einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich aufgrund einer bereits bestehenden oder chronischen Krankheit während des vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland Sachleistungen, so kann sie diese mit der EHIC, GHIC oder PEB in Anspruch nehmen.

Das heißt, muss die Person zum Beispiel bestimmte Arzneimittel einnehmen oder Untersuchungen und Behandlungen regelmäßig durchführen lassen, können diese Leistungen mit der EHIC, GHIC oder PEB in Anspruch genommen werden.

Ist eine lebensnotwendige medizinische Behandlung nur in einer spezialisierten medizinischen Einrichtung oder in einer Einrichtung, die mit entsprechenden Geräten und/oder entsprechendem Fachpersonal ausgestattet ist, verfügbar, ist aus praktischen Gründen eine vorherige Vereinbarung zwischen der betreffenden Person und der Einrichtung erforderlich. Das heißt, die Person muss im Vorfeld ihrer Einreise nach Deutschland Kontakt mit der Einrichtung aufnehmen, um zu klären, ob die von ihr benötigte Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland in der Einrichtung erfolgen kann.

Der Beschluss Nr. S3 der Verwaltungskommission enthält eine nicht abschließende Liste der Behandlungen, die als medizinisch notwendig gelten und für die aus praktischen Gründen eine

Stand:02/2023

vorherige Vereinbarung erforderlich ist. Hierzu gehören unter anderem Nierendialyse, Chemotherapie und Sauerstofftherapie.

5. Schwangerschaft und Entbindung

Benötigt eine Person aus einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich während des vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland Sachleistungen, die in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung erbracht werden, so kann sie diese mit der EHIC, GHIC oder PEB in Anspruch nehmen. Ausgenommen sind nur die Fälle, in denen die Entbindung Zweck des Aufenthalts in Deutschland ist. In diesen Fällen ist für die Leistungsaushilfe eine Genehmigung durch den ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger (Anspruchsbescheinigung PD S2) erforderlich.

5.1 Neugeborene

Bei einer Entbindung auf der Grundlage des Artikels 19 Absatz 1 VO (EG) 883/04 ist die Versorgung des gesunden Neugeborenen Bestandteil der stationären Entbindung der Mutter und kann auf Basis der EHIC der Mutter erfolgen.

Sofern das Neugeborene jedoch selbst wegen Krankheit der stationären Behandlung bedarf, liegt ein eigener Versicherungsfall vor. In diesem Fall sind die für das Neugeborene benötigten medizinischen Leistungen im Krankenhaus auf Basis einer PEB oder einer elektronischen Anspruchsbestätigung, die der gewählten deutschen Krankenkasse vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt wurde, zur Verfügung zu stellen.

5.2 Beispiele

Beispiel 1: Entbindung ist medizinisch notwendig

Herr S. lebt in Österreich und ist dort versichert. Seine Ehefrau ist über ihn in Österreich familienversichert. Am 10. August erwarten sie ihr Kind. Die Großmutter von Frau S. lebt in Deutschland. Sie wird am 12. Juli 80 Jahre alt. Daher planen Herr und Frau S. vom 10. bis 15. Juli nach Deutschland zu reisen, um den Geburtstag der Großmutter zu feiern. Völlig unerwartet treten am 13. Juli bei Frau S. Wehen auf. Sie begibt sich umgehend in ein Vertragskrankenhaus und legt dort ihre EHIC vor. Am 14. Juli kommt ihr Sohn gesund auf die Welt.

Ergebnis

Die medizinische Versorgung von Frau S. und die Entbindung werden auf Basis der österreichischen EHIC in Deutschland zur Verfügung gestellt. Die Versorgung des gesunden Neugeborenen ist Bestandteil der stationären Entbindung der Mutter und kann auf Basis der EHIC der Mutter erfolgen. Hätte das Neugeborene jedoch selbst wegen Krankheit der stationären Behandlung bedurft, würde ein eigener Versicherungsfall vorliegen. In diesem Fall wären die für

Stand:02/2023

das Neugeborene benötigten medizinischen Leistungen im Krankenhaus auf Basis einer PEB oder einer elektronischen Anspruchsbestätigung, die der gewählten deutschen Krankenkasse vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt wurde, zur Verfügung zu stellen.

Beispiel 2: Familienzusammenführung

Frau M. lebt und arbeitet in Bulgarien und ist dort krankenversichert. Sie ist schwanger. Der voraussichtliche Geburtstermin ist der 14. Dezember. Ihr Mann lebt und arbeitet in Deutschland. Sie möchte für die Geburt des ersten gemeinsamen Kindes in der Nähe ihres Ehemanns sein, um auch von seiner Hilfe zu profitieren. Frau M. plant, innerhalb der Schutzfrist von Oktober bis zum Ende des Mutterschaftsurlaubs, nach Deutschland zu kommen. Nach Ende des Mutterschaftsurlaubs möchte Frau M. nach Bulgarien zurückkehren, um dort wieder ihre Beschäftigung aufzunehmen. Der Ehemann von Frau M. ist bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse versichert. Sind die Kosten der Entbindung und die Versorgung des Kindes über die EHIC abgedeckt und kann Frau M. Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland in Anspruch nehmen?

Ergebnis

Die medizinische Betreuung und die Entbindung von Frau M. können auf der Basis der EHIC zur Verfügung gestellt werden. Frau M. kann mit der EHIC auch Vorsorgeuntersuchungen, die Nachsorge, einen Rückbildungskurs etc. in Deutschland in Anspruch nehmen.

Die Versorgung des gesunden Neugeborenen ist Bestandteil der stationären Entbindung der Mutter und kann auf Basis der EHIC der Mutter erfolgen. Sofern das Neugeborene jedoch selbst wegen Krankheit der stationären Behandlung bedarf und gegebenenfalls nach Entlassung aus dem Krankenhaus weiterhin wegen Krankheit vertragsärztliche ambulante Behandlung benötigt, liegt ein eigener Versicherungsfall vor. In diesem Fall sind die für das Neugeborene benötigten medizinischen Leistungen im Krankenhaus beziehungsweise die vertragsärztliche ambulante Behandlung auf Basis einer PEB oder einer elektronischen Anspruchsbestätigung, die der gewählten deutschen Krankenkasse vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt wurde, zur Verfügung zu stellen.

Beispiel 3: Beginn des Aufenthalts in Deutschland vor Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit

Frau M. ist hochschwanger. Sie lebt in den Niederlanden und ist dort krankenversichert. An einem Freitag hält sie sich mit ihrem Ehemann zum Einkaufen in Deutschland auf. Am frühen Nachmittag bekommt sie plötzlich Kreislaufprobleme und Schmerzen im Unterbauch. Aufgrund des sich schnell verschlechternden Gesundheitszustandes von Frau M. bringt ihr Ehemann sie in

Stand:02/2023

die Notaufnahme des nächstgelegenen Krankenhauses in Deutschland. Sie wird dort am Abend mit einem Kaiserschnitt von einem gesunden Mädchen entbunden.

Ergebnis

Die medizinische Betreuung und die Entbindung (vorausgesetzt, die Indikation für einen Kaiserschnitt liegt vor) von Frau M. können auf der Basis der EHIC zur Verfügung gestellt werden. Der eigentliche Zweck des Aufenthalts von Frau M. in Deutschland ist nicht die Entbindung. Sie hat sich zu den üblichen Öffnungszeiten der Geschäfte in Deutschland aufgehalten, um dort einzukaufen. Auf der Patientenerklärung hat sie bestätigt, dass sie nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist ist.

Beispiel 4: Aufenthalt zum Zwecke der Entbindung

Frau H. ist schwanger. Sie lebt in Frankreich an der Grenze zu Deutschland und ist in Frankreich krankenversichert. Das Krankenhaus, in dem sie entbinden möchte, befindet sich in Deutschland. Sie hat dort einen Termin für eine Sectio vereinbart.

Ergebnis

Frau H. kann die medizinischen Leistungen in Deutschland nicht mit der EHIC oder PEB in Anspruch nehmen. Einziger Grund ihres Aufenthalts in Deutschland ist die Entbindung und die damit verbundene Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Es handelt sich um eine geplante Behandlung im Sinne des Art. 20 VO (EG) 883/04. Für die Entbindung in Deutschland benötigt Frau H. die Genehmigung ihres französischen Krankenversicherungsträgers (PD S2). Ohne Genehmigung des französischen Krankenversicherungsträgers muss Frau H. die Entbindung selbst bezahlen.

6. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen

In der Regel dürften Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nicht die Voraussetzungen des Artikels 19 VO (EG) 883/04 erfüllen. Für gewöhnlich können diese bis zur Ausreise aus Deutschland aufgeschoben werden. Anders ist dies bei längerfristigen vorübergehenden Aufenthalten (wie im Rahmen einer Entsendung, Ausnahmevereinbarung oder eines Studiums) zu bewerten. Hier kommen zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, im Kindesalter sowie Standardimpfungen, die nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts zu bestimmten Zeitpunkten beziehungsweise in bestimmten Zeitabständen erfolgen sollten, in Betracht.

Stand:02/2023

Beispiel 5: Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und im Kindesalter

Herr R. aus Frankreich arbeitet für seinen Arbeitgeber für fünf Jahre in Deutschland. Zu diesem Zwecke wurde eine Ausnahmereinbarung geschlossen, sodass weiter die französischen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit für ihn gelten. Seine Frau und sein Kind begleiten ihn für die Zeit und halten sich ebenfalls in Deutschland auf. Frau R. ist schwanger.

Ergebnis:

Frau R. kann Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft durch Vorlage ihrer EHIC oder PEB in Deutschland in Anspruch nehmen. Vorsorgeuntersuchungen des Kindes und des Neugeborenen einschließlich der vorgesehenen Standardimpfungen sind ebenfalls auf Basis der EHIC oder PEB des Kindes beziehungsweise des Neugeborenen zur Verfügung zu stellen.

GKV–Spitzenverband, DVKA

Anlage 1: Erläuterungen zur modernisierten Koordinierung der sozialen Sicherheit, Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009“ (Hrsg.: Europäische Kommission, Beschäftigung, Soziales und Integration), zu N – Notwendige Sachleistungen



N – Notwendige Sachleistungen

Verweise

- Erwägungsgrund: 15 der Durchführungsverordnung (DVO)
- Grundverordnung (GVO): Artikel 19 und 27
- Durchführungsverordnung: Artikel 25 Buchstabe A
- Beschlüsse der Verwaltungskommission: S1 und S3
- Rechtsprechung des EuGH: Rechtssache C-326/00

Anmerkungen

Überblick über die einschlägigen Rechtsvorschriften

Mit Blick auf die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) wurden in der Verordnung (EG) Nr. 631/2004 die Ansprüche auf Gesundheitsversorgung während eines vorübergehenden Aufenthalts für die verschiedenen Versichertenkategorien (Arbeitnehmer/innen, selbständig Erwerbstätige, Studierende, arbeitslose Personen, Personen im Ruhestand usw.) angeglichen. Der Begriff der „unverzüglich erforderlichen“ Sachleistungen wurde durch den der „notwendigen“ Sachleistungen in Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ersetzt.

Diese Terminologie wurde in den modernisierten Koordinierungsvorschriften (Artikel 19 GVO) übernommen: Während eines Aufenthalts außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats, hat „ein Versicherter ... Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während [des] Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind.“

Eine der wesentlichen Neuerungen dieser Bestimmung liegt darin, dass die ärztliche Bewertung nun das maßgebliche Kriterium für die Entscheidung für oder gegen die Leistungsgewährung ist (maßgeblich also für die Beantwortung der Frage, ob es sich um eine notwendige Behandlung handelt). Es ist somit der Gesundheitsdienstleister, der bestimmt, ob die Behandlung notwendig ist oder nicht. In Mitgliedstaaten, in denen es kein nationales Gesundheitssystem gibt, muss der Krankenversicherer die Bewertung des Leistungserbringers akzeptieren.

Zur Klarstellung des Begriffs der „notwendigen Sachleistungen“ wurde in Artikel 25 Buchstabe A DVO der Kern des alten Beschlusses Nr. 194 der Verwaltungskommission aufgenommen. Dieser umfasst pragmatische Kriterien für die Stakeholder, anhand derer sie für jeden Einzelfall bewerten können, ob Sachleistungen notwendig sind. Wichtigster Punkt: Es soll vermieden werden, dass eine versicherte Person vorzeitig, also vor Ende der geplanten Aufenthaltsdauer, in den zuständigen Staat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten. Sinn und Zweck notwendiger Sachleistungen ist also, einer Person die Fortsetzung ihres Aufenthalts unter sicheren medizinischen Bedingungen zu ermöglichen.

¹ ABl. L 100 vom 6.4.2004, S. 1.



Die Verwaltungskommission hat zwei Beschlüsse erlassen, in denen der Begriff der „notwendigen Sachleistungen“ erläutert wird:

- In Beschluss Nr. S1 ist festgehalten, dass alle notwendigen Sachleistungen durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt sind;

und

- in Beschluss Nr. S3 sind spezifische Leistungsgruppen festgelegt, die als „notwendige Sachleistungen“ anzusehen sind: 1) Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung, 2) Leistungen im Zusammenhang mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit sowie 3) Leistungen, für die eine vorherige Vereinbarung mit der betreffenden spezialisierten medizinischen Einrichtung erforderlich ist.

Anwendung dieser Vorschriften

Die Anwendung der oben genannten Vorschriften erfordert ein genaues Verständnis der Begriffe „Aufenthalt“, „notwendige Sachleistungen“, „Sachleistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung“ und „Sachleistungen im Zusammenhang mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit“.

Die Bedeutung von „Aufenthalt“ im Kontext der Koordinierung der sozialen Sicherheit

- In Artikel 1 Buchstabe k GVO wird „Aufenthalt“ als „vorübergehender Aufenthalt“ definiert und so vom Begriff „Wohnort“ abgegrenzt, mit dem der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts einer Person bezeichnet wird. Aus dieser Begriffsbestimmung folgt, dass unter Wohnort der Ort zu verstehen ist, an dem sich die betreffende Person gewöhnlich aufhält. In Artikel 11 DVO sind einige Kriterien aufgeführt, aufgrund derer sich der Wohnort einer Person bestimmen lässt, wenn sich die betroffenen Träger in dieser Frage nicht einig sind (siehe auch Erläuterung zum Wohnort).
- Unter dem Begriff „Aufenthalt“ ist ein Zeitraum zu verstehen, in dem sich eine Person an einem anderen Ort als dem des gewöhnlichen Aufenthalts aufhält, ohne den Mittelpunkt ihrer Interessen an jenen Ort zu verlegen. Relevante Fakten für die Bewertung des Mittelpunkts der Interessen sind z. B. der Wille der betreffenden Person, ihre familiären Verhältnisse und Bindungen, ihre Einkommensquelle und die Art ihrer Tätigkeiten.
- Die Tatsache, dass eine Person bei den zuständigen Behörden des Aufenthaltsorts gemäß den Anforderungen des Artikels 7 der Richtlinie 2004/38/EG gemeldet ist, kann nicht als Nachweis des Wohnorts im Sinne von Artikel 1 Buchstabe j GVO gelten. Daraus ergibt sich, dass die Träger den Begriff „Aufenthalt“ nicht als einen Zeitraum von höchstens drei Monaten auslegen dürfen.

Beispiele

- Der Umstand, dass ein Student, der seinem Studium für mehr als drei Monate in einem anderen Mitgliedstaat nachgeht, bei den örtlichen Behörden gemäß der Richtlinie 2004/38/EG gemeldet ist, kann nicht als Verlegung des Wohnsitzes betrachtet werden. Hat der betreffende Student die Absicht, nach dem Ende des Studienaufenthalts wieder an den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zurückzukehren, dann hält er sich vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat auf und kann demnach während des fraglichen Zeitraums seine Europäische Krankenversicherungskarte verwenden.



- Gleiches gilt für entsandte Arbeitnehmer/innen. Wenn eine beschäftigte Person für einen vorübergehenden Zeitraum in einen anderen Mitgliedstaat entsandt wird bzw. eine selbständig erwerbstätige Person vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat eine Tätigkeit ausübt, und dies nicht mit einer Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes einhergeht, dann hält sich diese Person vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat auf und kann folglich während dieses Aufenthalts die Europäische Krankenversicherungskarte verwenden.
- Personen im Ruhestand, die einen Teil des Jahres in einem anderen Mitgliedstaat als dem des gewöhnlichen Aufenthalts verbringen, halten sich vorübergehend im erstgenannten Mitgliedstaat auf, sofern sie den Mittelpunkt ihrer Interessen im letztgenannten Mitgliedstaat behalten. Die Bewertung des Mittelpunktes der Interessen könnte etwa auf folgenden Kriterien basieren: ihre Absicht, für einen Teil des Jahres in den anderen Staat zurückzukehren, ihre familiäre Situation, Wohnung/Haus usw. Während ihres Aufenthalts haben sie Anspruch auf notwendige Sachleistungen auf der Grundlage der Europäischen Krankenversicherungskarte.

Der Begriff „notwendige Sachleistungen“

Aus der Definition des Begriffes „notwendige Sachleistungen“ gemäß Artikel 25 DVO ergibt sich, dass es sich hierbei um einen dehnbaren Begriff handelt, der mit Blick auf den konkreten Einzelfall bewertet werden muss; dabei sind folgende Kriterien zu beachten:

- Medizinisches Kriterium: Ist die Behandlung – angesichts des Gesundheitszustandes der betreffenden Person – notwendig, damit die Person ihren Auslandsaufenthalt bis zum Ende des geplanten Zeitraums fortsetzen kann? Hierbei handelt es sich um eine medizinische Bewertung, nicht um eine verwaltungstechnische. Selbstverständlich erfüllen sämtliche Leistungen der Notfallversorgung dieses Kriterium. Die Konsultation eines Allgemeinmediziners erfüllt dieses Kriterium ebenfalls, da eine Erstkonsultation in allen Fällen erforderlich ist, um das Problem zunächst zu bestimmen. Vorbeugende Gesundheitsleistungen, wie Impfungen, scheinen durch den Begriff der „notwendigen Sachleistungen“ nicht abgedeckt, sofern sie nicht aus Gründen der öffentlichen Gesundheit erforderlich werden und/oder durch die Aufenthaltsdauer gerechtfertigt sind.
- Die Dauer des Auslandsaufenthalts: Die im Rahmen der „notwendigen Sachleistungen“ abgedeckte Gesundheitsversorgung richtet sich nach der Dauer des geplanten Aufenthalts. Offensichtlich umfassen notwendige Sachleistungen im Falle eines sechs Monate in einem anderen Mitgliedstaat studierenden Erasmus-Studenten eine größere Leistungsbandbreite als im Falle eines Touristen, der einen zweiwöchigen Urlaub in einem anderen Mitgliedstaat verbringt: Ein Tourist, der sich während seines Urlaubs ein Bein bricht, hat Anspruch auf eine Operation; ein Student, der sechs Monate im Ausland studiert und sich ein Bein bricht, hat neben der Operation auch Anspruch auf andere einschlägige notwendige Behandlungen, wie z. B. Physiotherapie. Der Gesundheitsdienstleister entscheidet, welche Behandlung vor dem Hintergrund der Aufenthaltsdauer notwendig ist.



Notwendige Sachleistungen in Verbindung mit Schwangerschaft und Entbindung

- Sämtliche Sachleistungen, die mit einer Schwangerschaft oder Entbindung in Zusammenhang stehen, sind als notwendige Leistungen anzusehen, es sei denn, die Entbindung ist der einzige Grund des Aufenthalts (z. B. in Grenzregionen). Diese Einschränkung ist jedoch mit Bedacht anzuwenden und muss vor dem Hintergrund des konkreten Einzelfalls bewertet werden.
- Besonders zu beachten ist die Situation von Frauen, die von ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch gemacht haben und für die Entbindung in ihr Heimatland zurückkehren möchten, um familiäre Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Zweck des Aufenthalts in ihrem Heimatland ist nicht nur die Entbindung, sondern auch die Rückkehr in den Familienkreis, wo sie die Hilfe von Verwandten in der Zeit vor und nach der Entbindung in Anspruch nehmen können. Sachleistungen, die unter diesen Umständen der Mutter und dem Kind erbracht werden, sollten als notwendig angesehen werden und folglich durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt sein.
- Vergleichbar ist die Situation, in der eine Frau im Wohnstaat des Ehemannes bzw. Partners entbinden möchte. In den meisten Fällen wird sich die Betreffende nicht nur zur Entbindung in den Wohnstaat des Ehemannes bzw. Partners begeben und danach unverzüglich in ihren Wohnstaat zurückkehren, sondern sie wird für einen bestimmten Zeitraum vor und nach der Geburt bei ihrem Ehemann/Partner bleiben. Die während des Aufenthalts der Frau im Wohnstaat ihres Ehemannes/Partners erbrachten Sachleistungen (einschließlich der dem Kind erbrachten Sachleistungen) sind als notwendig anzusehen und durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt.

Notwendige Sachleistungen in Verbindung mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit

- Der Gerichtshof hielt in seinem Urteil in der Rechtssache C-326/00 fest, dass der Begriff „notwendige Sachleistungen“ nicht dahin ausgelegt werden kann, dass der Anspruch auf die Fälle beschränkt ist, in denen die gewährte Behandlung durch eine plötzliche Erkrankung erforderlich wurde.
- Die Freizügigkeit von Personen mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit kann nicht allein aus dem Grund eingeschränkt werden, dass diese Personen Sachleistungen benötigen könnten, die mit der Krankheit, an der sie leiden, in Zusammenhang stehen. Dies betrifft nicht nur Behandlungen, die während des Auslandsaufenthalts plötzlich erforderlich werden, sondern auch die Fortsetzung von im Wohnstaat begonnenen Leistungen, die fortgeführt werden müssen, z. B. im Falle von Personen, die regelmäßig zur Dialyse müssen oder jeden Monat Chemotherapie erhalten. Diesen Personen kann nicht das Reisen untersagt werden, nur weil sie eine spezielle Behandlung benötigen.
- Sachleistungen, die unter diesen Umständen erbracht werden, sind als „notwendige Sachleistungen“ anzusehen und folglich durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt. Benötigt eine Person jedoch Behandlungen, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen und/oder von einschlägigem Fachpersonal erbracht werden können, so muss sie in der Regel die Verfügbarkeit der



Behandlungen sicherstellen, indem sie den Leistungserbringer am Aufenthaltsort kontaktiert. Der Anhang des Beschlusses Nr. S3 enthält eine nicht erschöpfende Liste der fraglichen Behandlungen.

Besondere Situation der Personen, die eine lebenswichtige medizinische Behandlung benötigen, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen erbracht werden kann (Artikel 19 Absatz 2 GVO)

- Manche Behandlungen sind nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen verfügbar. Artikel 19 GVO sieht in einer solchen Situation eine vorherige Vereinbarung zwischen der betreffenden Person und dem die medizinische Leistung erbringenden Träger vor. Das heißt also, die betreffende Person sollte vor ihrer Abreise die medizinische Einrichtung am Aufenthaltsort, die die fragliche Behandlung durchführt (z. B. Nierendialyse, Sauerstofftherapie oder Chemotherapie), kontaktieren und sich vergewissern, dass die Behandlung während ihres Aufenthalts erfolgen kann.
- Diese Bestimmung bedeutet nicht, dass die betreffende Person für die spezifische Behandlung eine Vorabgenehmigung einholen muss. Hierfür gibt es keine Grundlage, da es nicht um eine Genehmigung im Kontext einer geplanten Behandlung nach Artikel 20 GVO geht. Es handelt sich hierbei lediglich um einen praktischen Ansatz, der garantieren soll, dass die Behandlung während des Aufenthalts der Person auch tatsächlich erbracht werden kann. Und die beste Möglichkeit, dies sicherzustellen, ist die Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringer. Die Person und der die medizinische Leistung erbringende Träger treffen also vorab eine Vereinbarung. Wichtig ist, in diesem Zusammenhang den Begriff „Vereinbarung“ zu verwenden, und nicht „Genehmigung“ – siehe Artikel 19 Absatz 2 GVO.