

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), Bonn

vom 19. November 2003 i. d. F. vom 18. März 2008

Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland zu leistungrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes

hier: Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 4 – 6 SGB V und Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gemäß § 18 SGB V

Im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde in Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) durch den ergänzten § 13 SGB V seit 1. Januar 2004 Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit eingeräumt, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können. Im Rahmen von Neuregelungen durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG) hat der deutsche Gesetzgeber diese Möglichkeit mit Wirkung ab 1. Januar 2007 auf die Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Anwendung findet, ausgedehnt. Die Regelungen gelten somit auch in Bezug auf die Schweiz.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen geben gemeinsam mit der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) mit dieser Gemeinsamen Empfehlung Auslegungshinweise für eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis der gesetzlichen Krankenversicherung.

1. Allgemeines

Versicherte können Leistungsansprüche u.a. bei vorübergehendem Aufenthalt im anderen EWR-Staat oder in der Schweiz wahlweise auf Basis von zwei verschiedenen Rechtsgrundlagen geltend machen:

- a. Auf Basis des überstaatlichen Rechts im Rahmen der Verordnung (EWG) über soziale Sicherheit Nr. 1408/71 i.V. mit der Durchführungsverordnung Nr. 574/72
 - Gezielt gesuchte Auslandsbehandlung:
Mit vorheriger Genehmigung gegen Vorlage des Vordrucks E 112.
 - Behandlung bei sonstigen Auslandsaufenthalten (z. B. Urlaubsreisen):
Ohne vorherige Genehmigung gegen Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. der provisorischen Ersatzbescheinigung.
- b. Auf Basis des innerstaatlichen Rechts im Rahmen des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V in Umsetzung der Rechtsprechung des EuGH in Verbindung mit der jeweiligen Satzung der Krankenkasse
 - Krankenhausbehandlung:
Mit vorheriger Genehmigung
 - Gesundheitsleistungen außerhalb des Krankenhauses:
Ohne vorherige Genehmigung, jedoch ggf. unter Einhaltung des innerdeutschen Antrags- und Begutachtungsverfahrens (z. B. Heil- und Kostenplan, Einschaltung des MDK).

1.1 Anspruch auf der Basis der Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit

Die Leistungsansprüche auf der Basis der Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit bleiben durch den § 13 Abs. 4 - 6 SGB V unberührt. Es ist zu prüfen, wie die verschiedenen grundsätzlich nebeneinander bestehenden Ansprüche inhaltlich (Sachleistung oder Kostenerstattung) voneinander abzugrenzen sind, da im Einzelfall nur einer von ihnen realisiert werden kann. Im Hinblick auf diese Abgrenzung ist insbesondere der so genannte „Zustimmungsfall“ von Bedeutung.

Ein solcher Zustimmungsfall nach Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c) VO (EWG) Nr. 1408/71 liegt dann vor, wenn sich eine Person gezielt zur Behandlung in einen anderen EWR-Staat bzw. in die Schweiz begeben möchte. Die Behandlung kann nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Der Vordruck E 112 dokumentiert die Kostenübernahme des zuständigen Trägers gegenüber dem aushelfenden Träger. Die erforderliche Genehmigung darf nur dann nicht verweigert werden, wenn die betreffenden Behandlungen zu den Leistungen gehören, die in den Rechtsvorschriften des EWR-Staates bzw. der Schweiz vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Betreffende wohnt, und wenn er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich ist. Eine Zustimmung ist aber auch in anderen Fällen immer möglich.

Die Zustimmung kann sich nur auf solche Sachleistungen beziehen, die nach dem Recht des Staates, in dem diese Leistungen beansprucht werden sollen, vorgesehen sind. Die Leistungen werden im Wege der Sachleistungsaushilfe durch den Träger des Aufenthaltsorts erbracht und über die jeweiligen Verbindungsstellen mit dem zuständigen Träger abgerechnet. Eine Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und zuständigem Träger oder eine Kostenerstattung an den Versicherten für selbst bezahlte Sachleistungen kommen nicht in Betracht.

1.2 Anspruch auf der Basis des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V in Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung

Nach Artikel 28 und 49 des EG-Vertrages sind Beschränkungen des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Europäischen Gemeinschaft grundsätzlich verboten.

Auf der Grundlage dieser Bestimmungen des EG-Vertrages hat der EuGH u.a. in seinen Urteilen vom 28. April 1998 (Rechtssache „Kohll“ – C-158/96; Rechtssache „Decker“ – C-120/95), 12. Juli 2001 (Rechtssachen „Smits und Peerbooms“ – C-157/99 und „Vanbraekel“ – C-368/98) und vom 13. Mai 2003 (Rechtssache „Müller-Fauré/van Riet – C-385/99) insbesondere festgestellt, dass

- medizinische Leistungen Waren- und Dienstleistungen im Sinne von Artikel 28 und 50 des EG-Vertrages sind,
- kein Verstoß gegen das Recht auf freien Dienstleistungsverkehr vorliegt, wenn die Kostenerstattung für eine Behandlung im Krankenhaus eines anderen Mitgliedsstaates von einer vorherigen Genehmigung des zuständigen Leistungsträgers abhängig gemacht wird,
- hingegen Artikel 28, 49 und 50 des EG-Vertrages Rechtsvorschriften entgegenstehen, die die Kostenerstattung für eine außerhalb eines Krankenhauses stattfindende Versorgung in einem anderen Mitgliedsstaat von einer vorherigen Genehmigung abhängig machen, die im nationalen Recht und zwar auch im Falle eines Sachleistungssystems im zuständigen Staat nicht vorgesehen ist.

Mit dem GMG folgte der Gesetzgeber der Rechtsprechung des EuGH durch eine entsprechende Ergänzung des § 13 SGB V. Hierdurch wurde auch eine Änderung des § 18 SGB V erforderlich. Eine weitere Anpassung des § 13 SGB V erfolgte zum 1. Januar 2007 im Rahmen des VÄndG.

§ 13 SGB V Kostenerstattung

- (1) ...
- (2) ...
- (3) ...

- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
- (5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Absatz 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend."

§ 18 SGB V

Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

- (1) Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht in diesem Fall nicht.
- (2)

- (3) Ist während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich wäre, hat die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum festgestellt hat. ...

Die Regelungen des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V sehen vor, dass Versicherte hinsichtlich ihres Anspruchs auf Sach- und Dienstleistungen nicht mehr territorial auf das Inland beschränkt sind, sondern grundsätzlich auch Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz im Wege der Kosten-erstattung in Anspruch nehmen können.

Die vor dem 1. Januar 2004 im § 18 SGB V enthaltene Regelung über die Kostenübernahme bei Behandlungen im Ausland ist beibehalten worden. Der neuen Systematik folgend ist sie für die Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Anwendung findet, im § 13 Abs. 4 Satz 6 sowie Abs. 6 SGB V und für den Geltungsbereich des übrigen Auslandes im § 18 SGB V platziert worden.

2. Anspruchsberechtigte nach § 13 Abs. 4 - 6 SGB V

2.1 Versicherte deutscher Krankenkassen

Die Regelungen des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V gelten für alle Versicherten unabhängig davon, ob Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt wurde und ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit. Von dieser Regelung ausgenommen sind

1. alle Versicherten, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem anderen EWR-Staat/der Schweiz haben, beim ausländischen Träger des Wohnorts eingeschrieben sind und für die eine pauschalierte Abrechnung der Leistungsaushilfekosten vorgesehen ist. Hier kommt ausschließlich eine Inanspruchnahme von Sachleistungen im Rahmen der Leistungsaushilfe in Betracht.
2. Fälle, in denen die Behandlung im Rahmen der Leistungsaushilfe auf Grund eines bestehenden Erstattungsverzichtsabkommens nicht der Erstattung unterliegt. Auch hier können nur Sachleistungen im Rahmen der Leistungsaushilfe in Anspruch genommen werden.

Für welche Personenkreise die Behandlung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe im anderen Staat auf der Grundlage eines Pauschetrags zu erstatten ist oder auf Grund eines Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegt, ist aus der Anlage 1 ersichtlich.

2.2 In Deutschland wohnende Personen, die in einem anderen EWR-Staat bzw. der Schweiz krankensichert sind

Die Regelungen des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V sind auch anwendbar auf in Deutschland wohnende eingeschriebene Versicherte ausländischer Krankenversicherungsträger, wenn

- die deutsche aushelfende Krankenkasse nach der VO (EWG) Nr. 1408/71 für den vorübergehenden Aufenthalt der betreffenden Person außerhalb Deutschlands als zuständiger Träger gilt
und
- die Kosten der Leistungsaushilfe in Deutschland nicht nach tatsächlichem Aufwand abgerechnet werden.

In welchen Fällen unter diesen Prämissen die Anwendbarkeit des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V zurzeit gegeben ist, kann der Anlage 2 entnommen werden.

3. Gebietlicher Anwendungsbereich

3.1 EWR-Staaten und die Schweiz

Ein Leistungsanspruch nach § 13 Abs. 4 - 6 SGB V besteht in den EWR-Staaten (Liste siehe Anlage 3) sowie in der Schweiz. Begeben sich Versicherte zur Behandlung in einen künftigen EU-Staat, ist eine Kostenerstattung nur für Leistungen möglich, die ab dem EU-Beitrittsdatum in Anspruch genommen werden.

3.2 Sonstige Staaten

§ 13 Abs. 4 - 6 SGB V ist nicht auf die Staaten anzuwenden, mit denen Deutschland bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit mit Bezug zur Leistungsaushilfe geschlossen hat. Ein eventueller Leistungsanspruch nach innerstaatlichem Recht besteht in diesen Ländern ebenso wie im vertragslosen Ausland ausschließlich nach den §§ 17 und 18 SGB V, siehe Abschnitt 6.

4. Leistungen/Leistungserbringer

4.1 Allgemeine Grundsätze

Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 - 6 SGB V können Versicherte, die sich in einem anderen EWR-Staat bzw. in der Schweiz behandeln lassen, nur dann beanspruchen, wenn alle nach deutschem Recht (hierzu gehören auch beispielsweise die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Dazu zählen wie bei einer Inanspruchnahme im Inland z. B. eine vorherige Antragstellung, die Vorlage einer ärztlichen Verordnung und ggf. die Begutachtung durch den MDK.

Behandlungsmaßnahmen, die in Deutschland nicht zulasten der GKV erbracht werden, dürfen auch nach § 13 Abs. 4 - 6 SGB V nicht erstattet werden. Bei Leistungen, die nach deutschem Recht nur unter bestimmten Bedingungen oder in bestimmter Form erbracht werden dürfen, sind diese Rechtsvorschriften auch bei einer Inanspruchnahme im anderen EWR-Staat bzw. in der Schweiz zu beachten. Hierzu zählen unter anderem

- Künstliche Befruchtung,
- Schwangerschaftsabbruch,
- Radio-Jod-Therapie,
- Organtransplantationen.

Ein Kostenerstattungsantrag nach § 13 Abs. 4 SGB V darf nicht deshalb abgelehnt werden, weil die Leistungen auch im Inland hätten bezogen werden können.

Erforderlich für eine Kostenerstattung ist die Vorlage von quittierten und spezifizierten Rechnungen sowie z. B. eine ärztliche Verordnung und ein genehmigter Kostenvoranschlag. Damit die Krankenkasse eine möglichst genaue Kostenerstattung vornehmen kann, ist ggf. eine detaillierte Übersetzung der Auslandsrechnung unverzichtbar; vgl. aber Abschnitt 5. Bezüglich der Übersetzungskosten ist § 19 Abs. 2 SGB X zu beachten.

Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. (Ausnahmen: § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V und § 18 Abs. 1 und 2 SGB V, siehe Abschnitt 6). Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen (auch Praxisgebühr, Verwaltungsgebühr, Eigenanteil) in Abzug zu bringen.

Die Ermittlung des Erstattungsbetrages erfolgt in Form einer Vergleichsberechnung. Dabei ist im ersten Schritt zunächst der vom Versicherten verauslagte Betrag - ggf. in Euro umgerechnet - um die sich nach § 61 SGB V ergebenden Zuzahlungen zu mindern. Der so ermittelte Betrag ist im zweiten Schritt dem Betrag gegenüberzustellen, auf den der Erstattungsbetrag begrenzt ist (sog. Höchstbetrag). Bei der Berechnung des sog. Höchstbetrages sind die deutschen Vertragssätze/Apothekenabgabepreis (bzw. Festbetrag), die gesetzlich vorgesehenen Rabatte sowie die sich nach § 61 SGB V ergebenden Zuzahlungen zu berücksichtigen. Zur Erstattung gelangt der niedrigere von beiden Beträgen. Es ergibt sich also folgende Berechnungsweise:

1. Rechnungsbetrag

/ . Zuzahlungen (auf Grundlage des Rechnungsbetrages unter Berücksichtigung der Mindest- und Höchstzuzahlung)

= "tatsächlicher Betrag"

2. Deutscher Vertragssatz/Apothekenabgabepreis (bzw. Festbetrag)

./ . Rabatte

./ . Zuzahlungen (auf Grundlage des Vertragssatzes/Abgabepreises unter Berücksichtigung der Mindest- und Höchstzuzahlung)

= "Höchstbetrag"

3. Vergleich der Beträge nach 1. und 2.

der niedrigste Betrag = Erstattungsbetrag vor Abschlag

4. ./ Abs. 1 Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen (auf Grundlage des "Erstattungsbetrages vor Abschlag")

= Erstattungsbetrag

Die Krankenkasse berät unabhängig der sich aus den §§ 13 ff. SGB I ergebenden allgemeinen Informationspflichten ihre Versicherten ausführlich insbesondere darüber, dass der Versicherte direkter Vertragspartner des ausländischen Leistungserbringers ist und die deutsche Krankenkasse keinen Einfluss auf Qualität und Preis der Leistungen nehmen kann.

So ist, soweit möglich, abzuwägen bzw. gemeinsam mit dem Versicherten zu entscheiden, ob beispielsweise bei einer im Ausland geplanten Behandlung die Inanspruchnahme der Sachleistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe (Vordruck E 112) erfolgen soll oder ob eine Kostenerstattung auf der Basis des § 13 Abs. 4 - 6 SGB V sinnvoll ist.

Die Versicherten sind im Rahmen der Beratung darauf hinzuweisen, dass die grenzüberschreitende Geltendmachung von Gewährleistungsansprüchen im Hinblick auf unterschiedliche Rechtssysteme, insbesondere auf eine ggf. im Vergleich zum deutschen Recht eingeschränkte Gewährleistung, mit Problemen verbunden sein kann. Gegebenenfalls bestehende Gewährleistungsansprüche im Zusammenhang mit im Ausland selbstbeschafften Leistungen (z. B. Zahnersatz) sind grundsätzlich vom Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer geltend zu machen.

4.2 Besonderheiten

4.2.1 Ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Der Kostenerstattungsanspruch ist bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, um die Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V zu vermindern. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte nachweist, dass er im Quartal der Inanspruchnahme der ausländischen Leistung in Deutschland eine Praxisgebühr für eine entsprechende Behandlung bereits geleistet hat.

4.2.2 Dialysebehandlung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine Empfehlung hinsichtlich der Höhe der Kostenübernahme für Dialysebehandlungen im Ausland auf der Basis des § 13 Abs. 4 SGB V ausgesprochen. Danach ist je Dialysebehandlung eine Erstattung

in Höhe von derzeit insgesamt 189 Euro (1/3 der wöchentlichen Sachkostenpauschale; EBM-Nr. 40802, ab 1. Januar 2004 = 173 Euro zuzüglich 16 Euro für die ärztliche Tätigkeit) vorzusehen.

4.2.3 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind nur die Arzneimittel, für die die Leistungspflicht der Krankenkasse nach den §§ 31 ff. SGB V in Betracht kommt.

Für eine Kostenerstattung für Arzneimittel ist auch dann eine (in- oder ausländische) ärztliche Verordnung erforderlich, wenn nach dem ausländischen Recht die Abgabe durch die Apotheke auch ohne ärztliche Verordnung erfolgen konnte.

Bei der Berechnung des sog. Höchstbetrages (siehe Abschnitt 4.1) sind ein gegebenenfalls bestehender Festbetrag für das Arzneimittel, die sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebende Zuzahlung sowie der Apothekenrabatt nach § 130 SGB V und ggf. der Rabatt bzw. die Rabatte der pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a SGB V zu berücksichtigen.

Beispiel 1:

Rechnungsbetrag	180,00 €
./.. Höchstzuzahlung	10,00 €
= „tatsächlicher Betrag“	170,00 €

Apothekenabgabepreis	185,00 €
./.. Rabatte	9,36 €
./.. Höchstzuzahlung	10,00 €
= Höchstbetrag	165,64 €

= Erstattungsbetrag vor Abschlag	165,64 €
./.. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)	12,42 €
= Erstattungsbetrag	153,22 €

Beispiel 2:

Rechnungsbetrag	110,00 €
./.. Höchstzuzahlung	10,00 €
= „tatsächlicher Betrag“	100,00 €

Apothekenabgabepreis	130,00 €
./.. Rabatte	6,58 €
./.. Höchstzuzahlung	10,00 €
= Höchstbetrag	113,42 €

= Erstattungsbetrag vor Abschlag	100,00 €
./.. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)	7,50 €
= Erstattungsbetrag	92,50 €

4.2.4 Heilmittel

Erstattungsfähig sind nur die Heilmittel, für die die Leistungspflicht der Krankenkasse nach den §§ 32 ff. SGB V in Betracht kommt. Die Heilmittelrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten.

Für eine Kostenerstattung für Heilmittel ist eine (in- oder ausländische) ärztliche Verordnung erforderlich. Bei einem Genehmigungsvorbehalt müsste die Verordnung ggf. vorab bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht werden.

Ortsgebundene Heilmittel können generell nur im Rahmen einer vorher beantragten und bewilligten Vorsorge-/Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen werden. In der Regel ist in solchen Fällen, wenn ein Kurarzt einbezogen wurde, von der Durchführung einer medizinischen Vorsorgeleistung auszugehen (siehe Abschnitt 4.2.8)

Der Erstattungsbetrag ist auf der Grundlage der deutschen Vertragsätze (z. B. Vergütungsliste Krankengymnastische/physiotherapeutische Leistungen - Beachtung der Höchstdauer / Anwendungsdauer / Gesamtverordnungsmenge gem. Heilmittelrichtlinien) und ggf. unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung sowie des Eigenanteils festzusetzen. Der satzungsgemäße Verwaltungskostenabschlag (hier z. B. 7,5 %) ist auf der Basis des "Erstattungsbetrages vor Abschlag" zu ermitteln.

Beispiel 1:

<i>Rechnung über Heilmittel</i>	110,00 €
<i>./.. Höchstzuzahlung</i>	10,00 €
<i>./.. Verordnungsgebühr (eine Verordnung)</i>	10,00 €
<i>= „tatsächlicher“ Betrag</i>	90,00 €

<i>Deutscher Vertragssatz</i>	130,00 €
<i>./.. Höchstzuzahlung</i>	10,00 €
<i>./.. Verordnungsgebühr (eine Verordnung)</i>	10,00 €
<i>= Höchstbetrag</i>	110,00 €

<i>= Erstattungsbetrag vor Abschlag</i>	90,00 €
<i>./.. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)</i>	6,75 €
<i>= Erstattungsbetrag</i>	83,25 €

Beispiel 2:

<i>Rechnung über Heilmittel</i>	120,00 €
<i>./.. Höchstzuzahlung</i>	10,00 €
<i>./.. Verordnungsgebühr (eine Verordnung)</i>	10,00 €
<i>= „tatsächlicher“ Betrag</i>	100,00 €

<i>Deutscher Vertragssatz</i>	90,00 €
<i>./.. Zuzahlung (10 % von 90,00 €)</i>	9,00 €
<i>./.. Verordnungsgebühr (eine Verordnung)</i>	10,00 €
<i>= Höchstbetrag</i>	71,00 €

<i>= Erstattungsbetrag vor Abschlag</i>	71,00 €
<i>./.. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)</i>	5,33 €
<i>= Erstattungsbetrag</i>	65,67 €

4.2.5 Hilfsmittel

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel erfordert grundsätzlich – wie im Inland auch – die vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse. Für eine Kostenerstattung für ein Hilfsmittel ist eine (in- oder ausländische) ärztliche Verordnung, die insbesondere Angaben zum verordneten Produkt und zur medizinischen Notwendigkeit der Versorgung (Indikation, Diagnose) enthalten muss, und ein genehmigter Kostenvorschlag erforderlich.

Das bezogene Produkt muss den allgemeinen Anforderungen nach den §§ 12, 33 und 34 SGB V genügen und muss weiterhin über eine CE-Kennzeichnung verfügen.

Der Erstattungsbetrag ist auf der Grundlage der deutschen Vertragsätze bzw. Festbeträge und ggf. unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung sowie des Eigenanteils festzusetzen. Der satzungsgemäße Verwaltungskostenabschlag (hier z. B. 7,5 %) ist auf der Basis des "Erstattungsbetrages vor Abschlag" zu ermitteln.

Beispiel 1:

Rechnungsbetrag	275,00 €
./.. Zuzahlung (§ 61 SGB V)	10,00 €
= „tatsächlicher“ Betrag	265,00 €
Festbetrag oder Vertragspreis	225,00 €
./.. Zuzahlung (§ 61 SGB V)	10,00 €
= Höchstbetrag	215,00 €
= Erstattungsbetrag vor Abschlag	215,00 €
./.. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)	16,13 €
= Erstattungsbetrag	198,87 €

Beispiel 2:

Rechnungsbetrag	215,00 €
./.. Zuzahlung (§ 61 SGB V)	10,00 €
= „tatsächlicher“ Betrag	205,00 €
Festbetrag oder Vertragspreis	275,00 €
./.. Zuzahlung (§ 61 SGB V)	10,00 €
= Höchstbetrag	265,00 €
= Erstattungsbetrag vor Abschlag	205,00 €
./.. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)	15,38 €
= Erstattungsbetrag	189,62 €

4.2.6 Zahnersatz/Kfo-/Pa-Behandlungen

Es handelt sich um genehmigungspflichtige Leistungen, weshalb die im Inland vorgesehenen Antragsverfahren einzuhalten sind. Vor Behandlungsbeginn ist ein Heil- und Kostenplan zur Genehmigung vorzulegen, der den vollständigen Gebissbefund, Art und Umfang des geplanten Zahnersatzes sowie die voraussichtlichen Kosten

einwandfrei erkennen lässt. Eine detaillierte Übersetzung des Heil- und Kostenplanes ist daher unverzichtbar.

Für kieferorthopädische Leistungen ist ein Kfo-Behandlungsplan mit Angabe der KIG-Einstufung sowie Art, Umfang und voraussichtlichen Kosten vorzulegen.

Bei Pa-Behandlungen hat der Par-Status ebenfalls Art und Umfang der geplanten Behandlung und die geschätzten Kosten zu enthalten.

Erstattungsfähig sind beim **Zahnersatz** die tatsächlich entstandenen Kosten, maximal jedoch die deutschen befundorientierten Festzuschüsse nach §§ 55 ff. SGB V. Es sind alle für die Anspruchsprüfung und Höhe der Kostenerstattung im Inland geltenden Vorschriften (BEMA-Z, ZahnersatzRL, ZÄVersorgRL, Festzuschussrichtlinien) uneingeschränkt anzuwenden. Vorzunehmen ist eine genaue Abgrenzung zwischen vertraglichen und außervertraglichen Leistungen. Die Kostenerstattung ist auf richtlinienkonforme vertragsgemäße Leistungsinhalte zu begrenzen. Der satzungsgemäße Verwaltungskostenabschlag (hier z. B. 7,5 % und höchstens 40 €) ist auf der Basis des "Erstattungsbetrages vor Abschlag" zu ermitteln.

Beispiel 1:

Rechnungsbetrag	870,00 €
= „tatsächlicher Betrag“	870,00 €
Deutscher Vertragssatz für die Regelversorgung	800,00 €
Festzuschuss (50%)	400,00 €
+ Versichertenbonus (20% vom Festzuschuss)	80,00 €
= Höchstbetrag	480,00 €
= Erstattungsbetrag vor Abschlag	480,00 €
./. Verwaltungskostenabschlag (7,5 %)	36,00 €
= Erstattungsbetrag	444,00 €

Beispiel 2:

Rechnungsbetrag	1000,00 €
= „tatsächlicher Betrag“	1000,00 €
Deutscher Vertragssatz für die Regelversorgung	1200,00 €
Festzuschuss (50 %)	600,00 €
+ Versichertenbonus (30% vom Festzuschuss)	180,00 €
= Höchstbetrag	780,00 €
= Erstattungsbetrag vor Abschlag	780,00 €
./. Verwaltungskostenabschlag (Satzungshöchstbetrag)	40,00 €
= Erstattungsbetrag	740,00 €

Wenn in Deutschland oder im Ausland ein Zahnersatz angefertigt wurde und innerhalb von 2 Jahren nach der Bezuschussung durch die Kasse ein befundgleicher Zahnersatz aus einem anderen EWR-Staat bzw. aus der Schweiz zur Erstattung/Genehmigung eingereicht wird, sind diese Fälle wie im Inland abzuwickeln (vgl. § 136 b Abs. 2 SGB V).

Ist eine Klärung im Vorfeld möglich (z. B. bei nicht eingeschriebenen so genannten Langzeiturlaubern, die regelmäßig zwischen Wohn- und Urlaubsort pendeln), und es bedarf einer Begutachtung, ist der MDK damit zu beantragen. Das vertragliche Gutachterverfahren für die Anfertigung von Zahnersatz findet im Ausland keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind bei **kieferorthopädischen Behandlungen** 80 bzw. 90% der deutschen Vertragssätze, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Auch hier gelten für die Anspruchsprüfung und Höhe der Kostenerstattung die im Inland geltenden Vorschriften (EKV-Z, Bema-Teil 3, Kfo-RL).

Erstattungsfähig sind bei **Pa-Behandlungen** 100% der deutschen Vertragssätze, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Für die Anspruchsprüfung und die Höhe der Kostenerstattung sind die im Inland geltenden Vorschriften anzuwenden (EKV-Z, BEMA-Teil 4, Allgemeine BehandlungsRL).

4.2.7 Krankenhausbehandlung

Eine Kostenerstattung vollstationärer Krankenhausbehandlung setzt die vorherige Genehmigung der Krankenkasse voraus. Entsprechend § 39 SGB V gilt dies auch für die teilstationäre, vor- und nachstationäre im Sinne von § 115 a SGB V sowie ambulante Behandlung im Sinne von § 115 b SGB V. Dies sieht ausdrücklich § 13 Abs. 5 SGB V vor, wonach abweichend von § 13 Abs. 4 SGB V Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V in anderen EWR-Staaten und in der Schweiz nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden können. Diese Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

Mit § 13 Abs. 5 SGB V wird die EuGH-Rechtsprechung vollzogen, nach der eine Regelung, die die Übernahme der Kosten für die Versorgung in einem Krankenhaus in einem anderen EWR-Staat/der Schweiz davon abhängig macht, dass die Krankenkasse eine vorherige Zustimmung erteilt, unter bestimmten Voraussetzungen den Artikeln 49 und 50 EG-Vertrag nicht entgegensteht. Durch den vom Gesetzgeber den Krankenkassen eingeräumten Genehmigungsvorbehalt besteht ein Vorrang zu Gunsten vertraglich an die Krankenkasse gebundener inländischer Leistungserbringer, es sei denn, der Versicherte kann eine notwendige stationäre medizinische Behandlung im Inland nicht oder nicht rechtzeitig erhalten. Für die Entscheidung über die Genehmigung einer Krankenhausbehandlung im anderen EWR-Staat/der Schweiz sind neben medizinischen Aspekten insbesondere individuelle Bedürfnisse der Versicherten (z. B. Sprachprobleme, Nähe zur Familie), die die Behandlung positiv beeinflussen, zu berücksichtigen.

4.2.8 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im anderen EWR-Staat/der Schweiz sind wie im Inland vorher zu beantragen und durch die Krankenkasse ggf. nach vorheriger Einschaltung des MDK zu entscheiden. Im Falle einer

Bewilligung von stationären Vorsorgeleistungen oder ambulanten und stationären medizinischen Leistungen zur Rehabilitation bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Einrichtung nach pflichtgemäßen Ermessen.

Eine nachträgliche Kostenerstattung scheidet in der Regel auf Grund fehlender Möglichkeiten zur Prüfung der Notwendigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen aus.

Eine Kostenerstattung setzt im Übrigen voraus, dass der in Anspruch genommene Leistungserbringer im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist.

Einzelheiten zu diesem Themenbereich haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in der "Gemeinsamen Empfehlung zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen, hier: Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland" vom 17. Februar 2005 beschrieben.

4.2.9 Fahrkosten

Eine Fahrkostenerstattung als Nebenleistung ist im Rahmen von ambulanten Behandlungen grundsätzlich ausgeschlossen und kommt ansonsten – sofern nach § 60 SGB V vorgesehen – nur bis zur nächsten geeigneten (ggf. inländischen) Behandlungsmöglichkeit in Betracht.

Die Kostenübernahme eines Rücktransportes in das Inland scheidet wie bisher aus (vgl. § 60 Abs. 4 SGB V).

4.3 Leistungserbringer

Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch der Versicherten ist, dass diese nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen haben,

- bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind (Beispiele siehe Anlage 4)
- oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind (Vertrags-Einrichtungen).

5. Vereinfachtes Erstattungsverfahren bei Rechnungsbeträgen bis zu 100 EUR

Aus verwaltungsökonomischen Gründen kann die Krankenkasse bei bestimmten Fallkonstellationen vom Grundsatz der Ermittlung der deutschen Sätze abweichen. Dieses erleichterte aufsichtsrechtlich tolerierte Erstattungsverfahren setzt voraus, dass

- die vom Versicherten verauslagten Aufwendungen den Betrag von (ggf. umgerechnet) 100 EUR je Behandlungsfall nicht überschreiten und

➤ es sich um die Behandlungsmaßnahmen handelt, die in Deutschland zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen.

Unter diesen Voraussetzungen kann der um die Zuzahlungen bzw. Eigenbeteiligungen verminderte Rechnungsbetrag dem Versicherten erstattet werden.

6. Kostenübernahme nach §§ 13 Abs. 4 Satz 6 und 18 Abs. 1 SGB V

Nach § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V kann die Krankenkasse die Kosten für die in einem anderen EWR-Staat oder in der Schweiz in Anspruch genommenen Leistungen in voller Höhe erstatten, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist. Es handelt sich insofern um die dem nur noch für das übrige Ausland geltenden § 18 Abs. 1 SGB V entsprechende Regelung für den Europäischen Wirtschaftsraum und die Schweiz. Voraussetzung ist, dass diese Krankheit – unabhängig vom konkreten Einzelfall – nicht im Inland behandelt werden kann.

Eine Kostenübernahme für die Behandlung einer Krankheit im Ausland auf der Grundlage der §§ 13 Abs. 4 Satz 6 und 18 Abs. 1 SGB V kommt nur dann in Betracht, wenn die angewandte Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, d. h. der Erfolg der Methode muss durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Statistiken nachweisbar sein. Die Übernahme der Kosten einer Auslandsbehandlung nach § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V und § 18 Abs. 1 SGB V ist auch ausgeschlossen, wenn zwar eine bestimmte, vom Versicherten bevorzugte Therapie nur im Ausland erhältlich ist, in Deutschland jedoch andere, gleich oder ähnlich wirksame und damit zumutbare Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen (BSG vom 16. Juni 1999 - B 1 KR 4/98 R -).

Sofern im Vorfeld des geplanten Auslandsaufenthaltes festgestellt wird, dass eine Leistungsinanspruchnahme als Sachleistung möglich ist, ist der Versicherte für den Bereich des Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz auf die Möglichkeit einer Leistungsinanspruchnahme unter Verwendung des Vordruckes E 112 hinzuweisen (vgl. Abschnitt 4.1, vorletzter Absatz). Entsprechendes gilt im Falle einer notwendigen Behandlung in einem Abkommensstaat (vgl. Abschnitt 3.2).

Ist in einem konkreten Leistungsfall die Kostenerstattung nach § 13 Absätze 4 bis 6 SGB V ausgeschlossen, weil der Antragsteller zu einem Personenkreis gehört, für den die Behandlungen im anderen Staat

- > auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten sind oder
- > aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung unterliegen?

	vorübergehender Aufenthalt EHC ¹⁾	Zustimmungsfälle E112	Arbeitnehmer E106	Familienangehörige E109	Rentenantragsteller E120	Rentner E121
Belgien	nein	nein	nein	nein	nein	ja
Bulgarien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Dänemark	nein	nein	ja	ja	ja	ja
Estland	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Finnland	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Frankreich	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Griechenland	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Großbritannien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Irland	ja	nein	ja	ja	ja	ja
Island	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Italien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Lettland	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Liechtenstein	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Litauen	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Luxemburg	nein	nein	nein	nein	nein	ja
Malta	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Niederlande	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Norwegen	ja / nein ²⁾	nein	ja	ja	ja	ja
Österreich	nein	nein	nein	ja	ja	ja
Polen	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Portugal	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Rumänien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Schweden	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Schweiz	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Slowakei	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Slowenien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Spanien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Tschechien	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Ungarn	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Zypern	nein	nein	nein	ja	nein	ja

¹⁾ Europäische Krankenversicherungskarte bzw. provisorische Ersatzbescheinigung

²⁾ bei Dialyse

Aushilfefälle, in denen § 13 Absätze 4 bis 6 SGB V Anwendung finden kann, weil

- die deutsche aushelfende Krankenkasse hier bei vorübergehendem Aufenthalt der betreffenden Personen im anderen EWR-Staat/der Schweiz als zuständiger Träger gilt

und

- die in Deutschland erbrachte Sachleistungsaushilfe nicht nach tatsächlichem Aufwand abgerechnet wird.

Aushilfeberechtigter aus ...	Familienangehörige (E 109)	Rentner und deren Familienangehörige (E 121)
Belgien		X
Bulgarien	X	X
Dänemark	X	X
Finnland	X	X
Frankreich	X	X
Estland	X	X
Griechenland		X
Großbritannien	X	X
Irland	X	X
Island	X	X
Italien		X
Lettland	X	X
Liechtenstein	X	X
Litauen	X	X
Luxemburg		X
Malta	X	X
Niederlande		X
Norwegen	X	X
Österreich	X	X
Polen	X	X
Portugal		X
Rumänien	X	X
Schweden	X	X
Schweiz		
Slowakei	X	X
Slowenien	X	X
Spanien	X	X
Tschechien	X	X
Ungarn	X	X
Zypern	X	X

Die EWR-Staaten

Die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes setzen sich zusammen aus:

den EG-Staaten

- Belgien
- Bulgarien¹
- Dänemark
- Estland²
- Finnland
- Frankreich
- Griechenland
- Großbritannien
- Irland
- Italien
- Lettland²
- Litauen²
- Luxemburg
- Malta²
- Niederlande
- Österreich
- Polen²
- Portugal
- Rumänien¹
- Schweden
- Slowakei²
- Slowenien²
- Spanien
- Tschechien²
- Ungarn²
- Zypern²

sowie

- Island
- Liechtenstein
- Norwegen

Bei der **Schweiz** handelt es sich zwar nicht um einen EWR-Staat; es gelten aber auch hier die Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit Nrn. 1408/71 und 574/72.

¹ 1 EG-Beitritt zum 01.01.2007

² 2 EG-Beitritt zum 01.05.2004

**Leistungserbringer im EWR-Ausland und in der Schweiz gemäß
§ 13 Abs. 4 Satz 2 Alternative 1 SGB V**

Beispielhafte Auflistung der Leistungserbringer, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

(Grundlage: „Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen“)

Ärzte:

- Allgemeinmediziner
- Praktische Ärzte
- Fachärzte
 - ärztliche Psychotherapeuten
 - allgemeine Hämatologen
 - Allergologen
 - Anästhesisten
 - Arbeitsmediziner
 - Augenärzte
 - Chirurgen
 - Dermatologen
 - Endokrinologen
 - Frauenärzte
 - gastroenterologische Chirurgen
 - Gastroenterologen
 - Gefäßchirurgen
 - Geriater
 - HNO-Ärzte
 - Immunologen
 - Internisten
 - Kardiologen
 - Kinderärzte
 - Kinderchirurgen
 - Kinder- und Jugendpsychiater
 - Klinische Neurophysiologen
 - medizinische Biologen
 - Nephrologen
 - Neurochirurgen
 - Neurologen
 - Neuropsychiater
 - Nuklearmediziner
 - Orthopäden
 - Pathologen
 - plastische Chirurgen
 - Pharmakologen
 - Pneumologen

- Psychiater
- Radiologen
- Rheumatologen
- Stomatologen
- Strahlentherapeuten
- Thoraxchirurgen
- Tropenmediziner
- Urologen
- Unfall- und Notfallmediziner

Zahnärzte:

- Kieferorthopäden
- Oral- und Mundchirurgen
- Zahnprothetiker
- Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen

Apotheker:

- Drogist

Hebammen

Zahntechniker

Optiker:

- Augenoptiker
- Kontaktlinsenoptiker

Fußpfleger

Sonstige medizinische Berufe:

- Anästhesie-Krankenpfleger/-schwester
- Bandagist
- Erzieher (in Luxemburg)
- Geprüfter Masseur
- Gesundheits- und Krankenpfleger in der Psychiatrie
- Hörgeräteakustiker
- Kinder- und Jugendlichenpflege
- Kinderkrankenpfleger/-schwester
- Krankengymnast
- Krankenpfleger/-schwester in psychiatrischen Krankenanstalten
- Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind
- Medizinisch-technischer Chirurgie-Assistent
- Medizinisch-technischer Labor-Assistent
- Medizinisch-technischer Radiologie-Assistent
- Orthopädiemechaniker-Bandagist
- Orthopädiemechaniker
- Orthopädieschuhmacher
- Orthopädietechniker
- Physiotherapeut