

Tit. 4.3 RdSchr. 19 Brexit

Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des BrexitSozSichÜG

Tit. 4 – § 14 - Übergangsvorschriften für begonnene Versorgungsungen

Titel: Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des BrexitSozSichÜG

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 19 Brexit

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. 4.3 RdSchr. 19 Brexit – Vor dem Austritt begonnene Versorgung (§ 14 Abs. 1 und 2 BrexitSozSichÜG)

(1) Auf der Grundlage von § 14 Abs. 1 und 2 BrexitSozSichÜG wird der Leistungsanspruch für Versicherte, die in den Anwendungsbereich des SGB V oder KVLG 1989 fallen, im Falle bereits begonnener Leistungen, die über das Datum des Austritts des GBR aus der EU hinaus andauern, sichergestellt. Versicherte haben daher, sofern sie bereits vor dem Austrittsdatum entweder Sachleistungen nach den Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit erhalten haben oder sich Leistungen im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V selbst beschafft haben, auch nach dem Austritt für den nicht abgeschlossenen und weiterführenden Teil dieser Leistungen einen Kostenerstattungsanspruch gegen ihre Krankenkasse.

Beispiel: Krankenhausaufenthalt auf Grundlage der Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Aufnahme ins Krankenhaus

am 25.10.2019

Entlassung

am 05.11.2019

Brexit

am 31.10.2019

Leistungsanspruchnahme vom 25.10.2019 bis zum 31.10.2019 im Rahmen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Leistungsanspruchnahme vom 01.11.2019 bis zum 05.11.2019 auf Grundlage von § 14 Abs. 1 BrexitSozSichÜG

Ergebnis:

Für den Zeitraum vom 01.11.2019 bis zum 05.11.2019 besteht gegen die Krankenkasse ein Kostenerstattungsanspruch auf der Grundlage von § 14 Abs. 1 BrexitSozSichÜG, sofern keine andere Absicherung vorrangig greift.

(2) Vom Kostenerstattungsanspruch erfasst, sind sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen sowie veranlasste Leistungen.

(3) Gemäß § 14 Abs. 1 und 2 BrexitSozSichÜG werden Kosten für den Teil der Leistungen erstattet, die nach dem Austritt weitergeführt werden. Dies betrifft:

1. Medizinisch notwendige Behandlungen, die während eines vorübergehenden Aufenthaltes (z. B. Urlaub) infolge eines Krankheitsfalles vor dem Austritt begonnen wurden und aufgrund eines ununterbrochen anhaltend behandlungsbedürftigen Zustands des Versicherten über diesen hinaus andauern. Der Kostenerstattungsanspruch für Leistungen infolge dieses Krankheitsfalles besteht ab

dem Austritt für den noch nicht abgeschlossenen und weiterführenden Teil dieser Leistungen. Tritt während des vorübergehenden Aufenthaltes im GBR nach dem Austritt ein (weiterer) behandlungsbedürftiger Krankheitsfall ein, besteht kein Anspruch auf Erstattung entstandener Kosten. Dem Versicherten ist für diese Fälle der Abschluss einer privaten Auslandskrankenversicherung zu empfehlen.

2. Leistungen, die vor dem Austritt des GBR dem Versicherten durch die Krankenkasse bewilligt und bereits begonnen wurden (z. B. Psychotherapie, künstliche Befruchtung). Unter Berücksichtigung der mit der Vorschrift beabsichtigten Zielsetzung ist davon auszugehen, dass ein Anspruch auf Weiterführung/Beendigung der Behandlung auch über den Austritt hinaus im Sinne des Gesetzgebers ist. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass diese Regelung für Leistungsanträge im Rahmen von Folgeverordnungen, die nach dem Austritt des GBR aus der EU bei der Krankenkasse eingehen, keine Anwendung mehr findet.

(4) Auslöser des Krankheitsfalles im Sinne des § 14 Abs. 1 und 2 BrexitSozSichÜG, sofern es sich nicht um bereits bewilligte Leistungen handelt, ist ein akuter regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der über das Austrittsdatum hinaus ununterbrochen anhaltender (zahn-)ärztlicher Behandlung bedarf. Sofern in Bezug auf eine solche Erkrankung mehrere Arztbehandlungen notwendig sind, können die hierfür entstandenen Kosten bis zum Ende dieses Krankheitsfalles erstattet werden. Sollte die Behandlung nach dem Austrittszeitpunkt aufgrund einer Verbesserung zwischenzeitlich nicht mehr notwendig sein, können die mit erneutem Eintreten der Krankheit entstehenden Kosten nicht erstattet werden.

(5) Bei chronischen Grunderkrankungen umfasst der Anspruch auf Erstattung entstandener Kosten ebenfalls die Versorgung akuter Krankheitszustände, deren Behandlung vor dem Austritt begonnen wurde; ein Kostenerstattungsanspruch für dauerhafte Behandlungen chronischer Erkrankungen besteht nicht. Zur Abgrenzung, ob es sich um die Versorgung eines akuten Krankheitsfalles oder die regelmäßig wiederkehrende Behandlung einer (chronischen) Erkrankung handelt, kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden.