

Merkblatt

über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind

für Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Stand: 01.01.2011

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Absprache mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA dieses Merkblatt ausgearbeitet. Es soll Hinweise für solche Fälle geben, in denen Versicherte ausländischer Träger der Sozialversicherung und deren Familienangehörige aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften ärztliche Hilfe in Deutschland beanspruchen können.

Für die tägliche Arbeit in der Arztpraxis stehen darüber hinaus Übersichten zur Verfügung, die den Ablauf von der Dokumentation bis zur Abrechnung schematisch darstellen. Diese Übersichten finden Sie im Internet unter www.dvka.de ↑Urlaub in Deutschland ↑Informationen für Leistungserbringer ↑ Vertragsärztliche Versorgung bzw. unter www.kbv.de.

Auf Ansprüche der im europäischen Recht vorgesehenen Dienstleistungsfreiheit bzw. der verabschiedeten, aber noch nicht in nationales Recht umgesetzten Richtlinie zur Patientenmobilität geht dieses Merkblatt nicht ein.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeines
- 2 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach **EG-Recht**
 - 2.1 Anspruchsnachweise nach EG-Recht
 - 2.2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten
 - 2.3 Leistungsumfang nach EG-Recht
 - 2.3.1 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland
 - 2.3.2 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland zum Zwecke der Behandlung
 - 2.3.3 Leistungsumfang nach EG-Recht bei Wohnort in Deutschland
 - 2.4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
 - 2.5 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung
 - 2.6 Verordnung von Krankenhausbehandlung
 - 2.7 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - 2.8 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen
 - 2.9 Ärztliche Behandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises
- 3 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach **Abkommensrecht**
 - 3.1 Anspruchsnachweise nach Abkommensrecht
 - 3.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht
 - 3.2.1 Leistungsumfang nach Abkommensrecht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland
 - 3.2.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Einreise nach Deutschland mit bestehender Erkrankung
 - 3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland

- 3.3 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- 3.4 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung
- 3.5 Verordnung von Krankenhausbehandlung
- 3.6 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- 3.7 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen
- 3.8 Ärztliche Behandlung ohne Vorlage eines Abrechnungsscheins bzw. einer Krankenversichertenkarte

1 Allgemeines

Im Ausland versicherte Personen haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften bei Aufenthalt in Deutschland u. a. Anspruch auf ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln, Krankenhausbehandlung:

- Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit
- Deutsch-israelisches Abkommen über Soziale Sicherheit (nur für Mutterschaft)
- Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit¹
- Deutsch-kroatisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-mazedonisches Regierungsabkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-türkisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-tunesisches Abkommen über Soziale Sicherheit

Die nach diesen Regelungen zu erbringende ärztliche Behandlung gehört zu den Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

¹ Gilt in Bezug auf Bosnien und Herzegowina, Montenegro sowie Serbien (einschließlich Vojvodina).

2 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach EG-Recht

Das EG-Recht gilt – neben Deutschland – für folgende Staaten:

- | | | |
|------------------|-----------------|-------------------------------------|
| - Belgien | - Lettland | - Schweden |
| - Bulgarien | - Liechtenstein | - Schweiz |
| - Dänemark | - Litauen | - Slowakei |
| - Estland | - Luxemburg | - Slowenien |
| - Finnland | - Malta | - Spanien |
| - Frankreich | - Niederlande | - Tschechien |
| - Griechenland | - Norwegen | - Ungarn |
| - Großbritannien | - Österreich | - Zypern (nur
griechischer Teil) |
| - Irland | - Polen | |
| - Island | - Portugal | |
| - Italien | - Rumänien | |

2.1 Anspruchsnachweise nach EG-Recht

Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme ist, dass die zu behandelnde Person im Besitz eines vom ausländischen Versicherungsträger (= zuständiger Träger) ausgestellten Anspruchsnachweises ist. Sofern die im EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherte Person

- ihren **Wohnort** in Deutschland hat (siehe Abschnitt 2.3.3) oder
- mit Genehmigung des zuständigen Trägers **zur Behandlung** nach Deutschland eingereist ist (siehe Abschnitt 2.3.2),

hat sie den Anspruchsnachweis zunächst bei der von ihr gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort (= aushelfender Träger) vorzulegen. Eine Person, die ihren Wohnort in Deutschland hat, erhält in der Regel eine Krankenversichertenkarte. Der Kassename auf dem Chip der ggf. auszustellenden Krankenversichertenkarte ist um den Zusatz "/SVA" ergänzt (z. B. "AOK Westfalen-Lippe/SVA"). Außerdem ist im Feld "Status" die Ziffer "7" oder "8" eingetragen.

Für Personen, die sich **vorübergehend** – z. B. als Touristen – in Deutschland aufhalten, kommen in der Regel folgende Anspruchsnachweise in Betracht:

- Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), vgl. Anlage 1
- Provisorische Ersatzbescheinigung, vgl. Anlage 2.

Die Versicherten der schweizerischen Krankenversicherungsträger erhalten – abweichend von dem in Anlage 1 abgebildeten Muster – eine Karte, auf der das "europäische Emblem" (Kranz aus 12 Sternen) fehlt.

Vereinzelt werden in Österreich Karten ausgestellt, die lediglich im Feld 8 (Kennnummer der Karte) einen gültigen Eintrag enthalten. Alle anderen Felder sind mit Sternchen gefüllt. Diese Karten sind ungültig und berechtigen nicht zur Leistungsaushilfe. Versicherte, die eine solche Karte vorlegen, sollten an die gewählte deutsche Krankenkasse verwiesen werden. Diese fordert bei der zuständigen österreichischen Krankenkasse eine Provisorische Ersatzbescheinigung an, die zur Sachleistungsaushilfe berechtigt.

Die Versicherten des tschechischen Krankenversicherungsträgers VZP erhalten eine innerstaatliche Krankenversichertenkarte, die der Europäischen Krankenversicherungskarte sehr ähnlich sieht. Die Anordnung der Felder ist identisch. Die Karte ist jedoch grün anstatt blau und trägt den Eindruck der VZP anstelle der Bezeichnung "European Health Insurance Card". Darüber hinaus fehlen sowohl das Länderkürzel als auch das "europäische Emblem" (Kranz aus 12 Sternen). Diese Karte berechtigt nicht zur Leistungsaushilfe.

2.2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten

Versicherte eines anderen EWR-Mitgliedstaats oder der Schweiz, die während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland ärztliche Behandlung benötigen, können sich mit einem entsprechenden Anspruchsnachweis und ihrem Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass) direkt an einen Vertragsarzt wenden.

Da der Anspruchsnachweis (EHIC oder Provisorische Ersatzbescheinigung) nicht einbehalten werden darf, ist der vom Patienten geführte Nachweis zu dokumentieren. Hierfür werden Anspruchs- und Identitätsnachweis jeweils zweifach kopiert. Ersatzweise kann die Dokumentation des Behandlungsanspruchs durch Übertragen der Daten des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises in das Vordruckmuster 80 (vgl. Anlage 3) erfolgen. Durch Unterschrift und Arztstempel bescheinigt der Vertragsarzt auf dem Vordruckmuster 80 die Richtigkeit der Datenübernahme.

Vor Durchführung der Behandlung hat der im Ausland Versicherte die „Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland“ (Vordruckmuster 81, vgl. Anlage 4) auszufüllen und zu unterschreiben. Auf dieser Erklärung gibt er auch die deutsche Krankenkasse an, zu deren Lasten er die Leistungen aushilfsweise erhalten möchte.

Die Erklärung (Vordruckmuster 81) und eine Kopie des Anspruchs- und Identitätsnachweises – ersatzweise das Vordruckmuster 80 – sind unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. Die Zweitkopien (bzw. Durchschläge) verbleiben beim Vertragsarzt und müssen dort zwei Jahre aufbewahrt werden.

2.3 Leistungsumfang nach EG-Recht

Die Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Arznei, Krankenhausbehandlung usw.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der Patient bei einer deutschen Krankenkasse versichert wäre. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. Der Umfang des Sachleistungsanspruchs ist allerdings davon abhängig, zu welchem der nachstehend aufgeführten Personenkreise der Patient gehört:

- Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten – der Aufenthalt in Deutschland erfolgt nicht aus medizinischen Gründen (z. B. Tourist, entsandter Arbeitnehmer)
- Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten – der Aufenthalt in Deutschland erfolgt aus medizinischen Gründen

- Personen, die sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten

2.3.1 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland

Bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland gilt Folgendes:

Anspruch besteht auf alle Sachleistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.

Auch Erkrankungen, die bereits vor der Einreise nach Deutschland bestanden haben, können in diesem Rahmen behandelt werden. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Person zum Zwecke der Behandlung eingereist ist (siehe Abschnitt 2.3.2).

2.3.2 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland zum Zwecke der Behandlung

a) Allgemein

Personen, die in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz versichert sind und vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten, sich in Deutschland behandeln zu lassen, müssen ihren Anspruchsnachweis vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Abrechnungsschein eintauschen. Sofern der zuständige Träger Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsumfangs gemacht hat, kann diesem Abrechnungsschein entnommen werden, auf welche Leistungen sich die Genehmigung bezieht. Sofern eine Person offensichtlich zur Behandlung eingereist ist, ohne eine Genehmigung vom zuständigen Träger eingeholt zu haben, ist sie ebenfalls an eine aushelfende deutsche Krankenkasse zu verweisen.

Wenn sich der Patient direkt an den Leistungserbringer wendet, ist er – soweit es der Gesundheitszustand zulässt – auf die Einhaltung des beschriebenen Verfahrens hinzuweisen.

b) Fortsetzung einer Behandlung bei Grenzgängern in Rente

Rentenbezieher, die in einem anderen EU-Staat wohnen und zuletzt vor Rentenbeginn in Deutschland gearbeitet haben, haben weiterhin einen uneingeschränkten Anspruch auf Sachleistungen in Deutschland, sofern es sich um die Fortsetzung einer bereits in Deutschland begonnenen Behandlung handelt. Unter dem Begriff „Fortsetzung der Behandlung“ ist die fortlaufende Untersuchung, Diagnose und Behandlung der Krankheit zu verstehen. Auch in diesem Fall muss der Anspruchsnachweis zunächst bei der gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Abrechnungsschein eingetauscht werden. Der Abrechnungsschein wird in der Regel mit folgenden Anmerkungen versehen sein:

- „Honorarabrechnung gesondert“ (über Kassenärztliche Vereinigung)
- Staat, in dem die Versicherung besteht
- Gültigkeitszeitraum
- „Nur für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung: _____“
- „Unmittelbare Überweisung zu einem anderen Arzt/Zahnarzt ist nicht zulässig. Bei Be-

darf stellt die Krankenkasse einen weiteren Abrechnungsschein aus.“

Wenn sich der Patient direkt an den Leistungserbringer wendet, ist er – soweit es der Gesundheitszustand zulässt – auf die Einhaltung des beschriebenen Verfahrens hinzuweisen.

2.3.3 Leistungsumfang nach EG-Recht bei Wohnort in Deutschland

Eine anspruchsberechtigte Person, die in Deutschland wohnt, erhält von der Krankenkasse, die sie gewählt hat, eine Krankenversichertenkarte. Sie hat Anspruch auf alle medizinisch notwendigen vertragsärztlichen Sachleistungen.

2.4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Auch hinsichtlich der Arzneimittel gilt der unter 2.3.1 aufgeführte Grundsatz. D. h. Arzneimittel können verordnet werden, wenn sie während des Aufenthalts in Deutschland unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind. Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Ordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Arzneiverordnungsblatt sind Name, Vorname und Geburtsdatum des im Ausland Versicherten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse aufzutragen. Zusätzlich ist auf dem Rezept durch das Auftragen des Versichertenstatus 10007 zu kennzeichnen, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt. Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

2.5 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung

Erweist sich für anspruchsberechtigte Personen die Behandlung durch einen weiteren Arzt als notwendig, stellt der erstbehandelnde Arzt dem im Ausland Versicherten eine entsprechende Überweisung aus (Vordruckmuster 6). Dies gilt sowohl für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, als auch für solche, die in Deutschland wohnen. Auf dem Überweisungsschein (Vordruckmuster 6) sind die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld zusätzlich die Ziffern 10007 aufzutragen. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben.

Für Personen, die zur Behandlung nach Deutschland eingereist sind (Anspruchsnachweis: Abrechnungsschein), wird der erstbehandelnde Arzt gebeten, dem Anspruchsberechtigten die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Vordruckmuster 16) zu bescheinigen. Bei Vorlage dieses Rezepts wird – sofern die Genehmigung des zuständigen Trägers dies abdeckt – durch die aushelfende deutsche Krankenkasse ein weiterer Abrechnungsschein ausgestellt.

Die beim erstbehandelnden Arzt gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse bleibt für die gesamte Behandlung zuständig. Wurde die Praxisgebühr für das laufende Quartal bereits entrichtet und ist dies auch mit einer entsprechenden Quittung belegt, wird diese bei Weiterbehandlung durch einen Facharzt nicht erneut fällig. Dies gilt unabhängig davon, ob für die Überweisungen das Vordruckmuster 6 oder 16 verwandt wurde.

2.6 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, ist vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und das dazugehörige Institutionskennzeichen aufzutragen. Zusätzlich ist durch das Auftragen des Versichertenstatus 10007 zu kennzeichnen, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt.

2.7 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die für Versicherte der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. Der Vertragsarzt stellt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) aus und händigt dem Versicherten die Ausfertigungen zur Vorlage bei der Krankenkasse und beim Arbeitgeber aus.

2.8 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen

Der Vertragsarzt rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Dabei kommen die Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zur Anwendung.

In Verbindung mit der Leistungserbringung während eines vorübergehenden Aufenthalts sind folgende EBM-Ziffern zusätzlich abrechnungsfähig:

- **40144** für die ordnungsgemäße Dokumentation des Behandlungsfalls inkl. ggf. erforderlicher Kopien
- **40120** für die unverzügliche Weiterleitung der Unterlagen an die aushelfende Krankenkasse

Die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums des im Ausland Versicherten sowie der Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse. Zusätzlich ist durch Auftragen der Ziffern 10007 im Statusfeld des Abrechnungsscheines anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Abrechnungsfall handelt.

Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält der Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die aushelfende deutsche Krankenkasse eine entsprechende Vergütung, es sei denn, der Vertragsarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

2.9 Ärztliche Hilfe ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises

Legt der im Ausland Versicherte einen der in Abschnitt 2.1 genannten Anspruchsnachweise (Europäische Krankenversicherungskarte oder Provisorische Ersatzbescheinigung) und/oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. Dies gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für den Arzt erkennbar nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Kostenträgers – eine ärztliche Behandlung zu erhalten. Hat der zuständige Träger die Behandlung vor der Inanspruchnahme ausdrücklich genehmigt, hat der Anspruchsberechtigte sich hiermit zunächst an eine aushelfende deutsche Krankenkasse seiner Wahl zu wenden, die dann einen entsprechenden Abrechnungsschein ausstellen wird (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.3.2). Wendet sich der im Ausland Versicherte direkt an den Arzt, ist er vor Behandlungsbeginn an eine Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen.

Wird der Abrechnungsschein bzw. die Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Arzt verpflichtet, dem Betroffenen das Honorar zu erstatten.

Stellt der Arzt dem Patienten sein Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung, so dürfen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden (vgl. Abschnitt 2.4).

3 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach Abkommensrecht

Eine Person, die auf der Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit anspruchsberechtigt auf Leistungen bei Krankheit bzw. Mutterschaft ist, kann ebenfalls im Bedarfsfalle während ihres Aufenthalts in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Im Einzelnen bestehen Abkommen mit folgenden Staaten:

- Bosnien und Herzegowina
- Israel (nur für Leistungen bei Mutterschaft)
- Kroatien
- Mazedonien
- Montenegro
- Serbien
- Türkei
- Tunesien.

3.1 Anspruchsnachweise nach Abkommensrecht

Personen aus Abkommensstaaten, die während ihres vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland ärztlicher Behandlung bedürfen, müssen sich mit dem von ihrem ausländischen Krankenversicherungsträger (= zuständiger Träger) ausgestellten Anspruchsnachweis zunächst an eine von ihnen gewählte Krankenkasse des Aufenthaltsorts (= aushelfender Träger) wenden. Als Anspruchsnachweise für den vorübergehenden Aufenthalt kommen in der Regel die Vordrucke

- BH 6
- D/ISR 111 (nur für Mutterschaft)
- D/HR 111
- D/RM 111
- Ju 6
- A/T 11
- A/TN 11

in Betracht.

Die gewählte Krankenkasse stellt dann einen mit den notwendigen Angaben versehenen Abrechnungsschein aus. Als spezielle Kennzeichnung ist ein brauner bzw. lilafarbener, von links unten nach rechts oben verlaufender Diagonalstreifen aufgebracht. Der Vordruck enthält im Feld "Status" die Ziffer "7". Die von der Krankenkasse im Namensfeld eingetragenen Angaben sollen bei EDV-Anwendern in das Abrechnungsfeld übernommen werden. Dies betrifft insbesondere den Namen und die Statusnummer (z. B. "10007"), jedoch nicht zwingend das Institutionskennzeichen. Dies kann aus der Kostenträgerstammdatei übernommen werden.

Personen, die in einem Abkommensstaat versichert sind und in Deutschland wohnen, erhalten von der von ihnen gewählten Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte. Das Feld "Status" enthält die Ziffer "7". Als Hinweis auf das Sozialversicherungsabkommen wird außerdem auf dem Chip der Krankenversichertenkarte der Kassename um den Zusatz "/SVA" ergänzt (z. B. "AOK Westfalen-Lippe/SVA").

3.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht

Die Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Arznei, Krankenhausbehandlung usw.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der zu behandelnde Patient bei einer deutschen Krankenkasse versichert wäre. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. Der Umfang des Sachleistungsanspruchs ist allerdings abhängig davon, ob sich die betreffende Person vorübergehend oder gewöhnlich in Deutschland aufhält. Hinsichtlich des Anspruchsumfangs während des vorübergehenden Aufenthalts wird außerdem danach unterschieden, ob die Person akut erkrankt ist oder ob die Erkrankung schon vor der Einreise bestanden hat.

3.2.1 Leistungsumfang nach Abkommensrecht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland

Es wird gebeten, für den Umfang der ärztlichen Leistungen einen strengen Maßstab anzulegen, weil diese Leistungen nur zu erbringen sind, wenn der Zustand der betreffenden Person ärztliche Behandlung sofort erforderlich macht. Leistungen, die bis zur Rückkehr in den anderen Staat zurückgestellt werden können, dürfen nicht erbracht werden. Deshalb ist der Abrechnungsschein wie folgt gekennzeichnet:

“Für sofort notwendige Leistungen”

Als ihrer Art nach nicht “sofort notwendige Leistungen” gelten z. B. folgende:

- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, außer bei Kindern, die während des vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland geboren worden sind,
- ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der erforderlichen Untersuchungen und der Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln,
- ärztliche Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation,
- ärztliche Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (außer in besonderen, von der deutschen Krankenkasse zu entscheidenden Fällen).

Handelt es sich – für den Arzt ersichtlich – um eine Erkrankung, die bereits vor der Einreise nach Deutschland begonnen bzw. bestanden hat, bedarf es einer besonderen Genehmigung des ausländischen Trägers der Krankenversicherung. Eine Honorarabrechnung über einen Abrechnungsschein der gesetzlichen Krankenversicherung ist daher in diesem Fall nicht ohne Weiteres zulässig. Darauf macht der folgende Hinweis auf dem Abrechnungsschein aufmerksam:

“Nicht gültig für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen”

Wird festgestellt, dass der Patient im Rahmen einer bereits vor Einreise nach Deutschland bestehenden Erkrankung behandlungsbedürftig ist, sollte er zur Klärung der Kostenübernahme an die (von ihm gewählte) aushelfende Krankenkasse verwiesen werden.

3.2.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Einreise nach Deutschland mit bestehender Erkrankung

Ist ein Patient mit einer bestehenden Erkrankung eingereist, kann vertragsärztliche Behandlung nur beansprucht werden, wenn der ausländische Träger diese genehmigt hat. In diesen Fällen hat der Versicherte einen besonderen Anspruchsnachweis (A/T 12, A/TN 12, BH 5, D/HR 112, D/RM 112, Ju 5) von seinem zuständigen Träger erhalten, den er beim aushelfenden deutschen Träger vorlegen muss. Die deutsche Krankenkasse wird den Hinweis "Für sofort notwendige Leistungen" bzw. "Nicht gültig für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen" dann nicht auf dem Abrechnungsschein anbringen bzw. streichen.

3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland

Eine anspruchsberechtigte Person, die in Deutschland wohnt, hat nach Vorlage der Krankenversichertenkarte der aushelfenden deutschen Krankenkasse Anspruch auf alle medizinisch notwendigen vertragsärztlichen Sachleistungen.

3.3 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Arzneimittel dürfen für Rechnung der aushelfenden deutschen Krankenkasse (auf Arzneverordnungsblatt - Vordruckmuster 16 -) nur verordnet werden, wenn auch das Arzthonorar der Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist (auf Grund des Abrechnungsscheins, der Krankenversichertenkarte bzw. der Bescheinigung des ausländischen Trägers). Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Ordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Rezept sind der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und die Statusziffer (in der Regel von dem Abrechnungsschein bzw. der deutschen Krankenversichertenkarte, z. B. „10007“) aufzutragen. Zusätzlich ist das BVG/SVA-Feld zu kennzeichnen. Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. Verordnete Heil- und Hilfsmittel bedürfen vor ihrer Lieferung der Genehmigung durch die aushelfende Krankenkasse.

Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach der Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden; dies ist Sache der Krankenversicherung des Patienten im anderen Staat.

Wird dem Patienten das Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

3.4 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung

Eine unmittelbare Überweisung (Vordruckmuster 6) durch den zuerst in Anspruch genommenen Arzt zur fachärztlichen Begutachtung oder Behandlung, ist nur bei anspruchsberechtigten Personen zulässig, die in Deutschland wohnen und eine deutsche Krankenversichertenkarte vorlegen. Bei Personen, die einen Abrechnungsschein haben, muss der erstbehandelnde Arzt dem Anspruchsberechtigten die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Vordruckmuster 16) bescheinigen. Nach Vorlage dieses Rezepts bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse wird diese einen weiteren Abrechnungsschein ausstellen. Wurde die Praxisgebühr für das laufende Quartal bereits entrichtet und ist dies auch mit einer entsprechenden Quittung belegt, wird diese bei einer

Weiterbehandlung durch einen Facharzt nicht erneut fällig. Dies gilt auch dann, wenn die Überweisung auf einem Rezept ausgestellt wurde.

3.5 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind die für die aushelfende deutsche Krankenkasse geltenden Bestimmungen zu beachten. Die Hinweise in dem Abschnitt 3.2.1 bezüglich des "sofort Notwendigen" bzw. der schon im anderen Staat begonnenen (vor Einreise nach Deutschland bereits bestehenden) Erkrankungen gelten auch für eine Behandlung im Krankenhaus. Auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) ist – soweit vorhanden – die von der aushelfenden deutschen Krankenkasse im Abrechnungsschein bzw. auf der Krankenversichertenkarte angegebene Statusnummer zu übertragen. Vor Aufnahme ins Krankenhaus ist nach Möglichkeit die Genehmigung der aushelfenden Krankenkasse einzuholen.

3.6 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die für Versicherte der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. Das Original der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) ist dem Versicherten auszuhändigen. Die Durchschrift sollte unverzüglich der aushelfenden deutschen Krankenkasse zugeleitet werden, damit sie diese in eine Arbeitsunfähigkeitsmitteilung für den ausländischen Träger umwandeln kann.

3.7 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen soll – gesondert von der allgemeinen Abrechnung – nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber mit Ablauf des Kalenderquartals über die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung erfolgen.

3.8 Ärztliche Hilfe ohne Vorlage eines Abrechnungsscheins bzw. einer Krankenversichertenkarte

Weist sich der Anspruchsberechtigte infolge Unkenntnis oder wegen der Dringlichkeit der Behandlung beim Arzt anstelle eines von einer deutschen Krankenkasse ausgestellten Abrechnungsscheins bzw. einer Krankenversichertenkarte nur mit einer Anspruchsbescheinigung des ausländischen Versicherungsträgers aus, so ist der Arzt berechtigt, sofortige Bezahlung seiner Leistungen zu verlangen. Das gilt auch, wenn er auf andere Weise glaubhaft macht, dass Anspruch auf Leistungen gegenüber einer ausländischen Krankenkasse besteht. Die Abrechnung erfolgt in Anwendung der GOÄ.

Wird der Abrechnungsschein bzw. die Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Arzt verpflichtet, dem Betroffenen das Honorar zu erstatten.

Stellt der Arzt dem Patienten sein Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung, so dürfen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden (vgl. Abschnitt 4).

Die von einigen ausländischen Versicherungsträgern ausgestellten Anspruchsbescheinigungen enthalten zusätzlich einen Hinweis, dass der Arzt in dringenden Fällen bereit sein wird, die vom ausländischen Träger ausgestellte Anspruchsbescheinigung entgegenzunehmen und sich den Abrechnungsschein/die Krankenversichertenkarte bei der vom Berechtigten zu wählenden deutschen Krankenkasse selbst zu besorgen. Dabei entfällt die Honorarzahlung durch den Patienten genauso, als ob ein Abrechnungsschein/eine Krankenversichertenkarte übergeben würde. Ist es für den Arzt ersichtlich, dass die Erkrankung schon im anderen Staat begonnen hat, insbesondere, dass der Patient zur Inanspruchnahme von Leistungen nach Deutschland gekommen ist, muss immer der Abrechnungsschein (ohne einschränkende Vermerke) bzw. die Krankenversichertenkarte vorher vorgelegt werden, da sonst offen ist, ob das Honorar von der Krankenkasse übernommen werden kann.

Die Abrechnung kann in jedem Fall nach der GOÄ vorgenommen werden, wenn kein entsprechender Abrechnungsschein bzw. keine Krankenversichertenkarte vorgelegt wird und der Arzt feststellt, dass

- sich der Patient zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland begeben hat bzw.
- die zu behandelnde Krankheit bereits vor dem Aufenthalt in Deutschland bestanden hat.

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Muster der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)



- Vorderseite -



- Rückseite -

Ergänzende Hinweise:

Die EHIC wird in der Regel in der jeweiligen **Amtssprache** ausgestellt und ist nicht mit dem Kartenlesegerät lesbar.

Vereinzelt werden in **Österreich** Karten ausgestellt, die lediglich im Feld 8 (Kennnummer der Karte) einen gültigen Eintrag enthalten. Alle anderen Felder sind mit Sternchen gefüllt. Diese Karten sind ungültig und berechtigen nicht zur Leistungsaushilfe. Versicherte, die eine solche Karte vorlegen, sollten an die gewählte deutsche Krankenkasse verwiesen werden. Diese fordert bei der zuständigen österreichischen Krankenkasse eine Provisorische Ersatzbescheinigung an, die zur Leistungsaushilfe berechtigt.

Die Versicherten der **schweizerischen** Krankenversicherungsträger erhalten – abweichend vom abgebildeten Muster – eine Karte, auf der das „europäische Emblem“ (Kranz aus 12 Sternen) fehlt.

Die Versicherten des **tschechischen** Krankenversicherungsträgers VZP erhalten eine innerstaatliche Krankenversicherungskarte, die der Europäischen Krankenversicherungskarte sehr ähnlich sieht. Die Felder sind gleich angeordnet. Sie ist jedoch grün anstatt blau und trägt den Eindruck der VZP anstelle der Bezeichnung „European Health Insurance Card“. Darüber hinaus fehlen sowohl das Länderkürzel als auch das „europäische Emblem“ (Kranz aus 12 Sternen). Diese Karte berechtigt nicht zur Leistungsaushilfe.

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang 2 des Beschlusses S2
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

Ausgabemitgliedstaat

1.	2. <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
----	--

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
4. Vornamen:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
5. Geburtsdatum:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
6. Persönliche Kennnummer:	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:	<input style="width: 60%;" type="text"/>
----------------------------	--

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:	<input style="width: 60%;" type="text"/>
9. Ablaufdatum:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a)	Von:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
b)	bis:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>

c)	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
----	---

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)	
----	--

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Krankenversicherungskarte

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte

Durchreise

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Straße, Hausnummer

Herkunftsland
(Länderkennzeichen)

PLZ Ort

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

Geschlecht

weiblich männlich

4 Vorname

5 Geburtsdatum

6 Persönliche Kennnummer

7 Kennnummer des ausländischen Trägers

-

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung vom bis

Ausgabedatum der Bescheinigung

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis Reisepass

Nummer des Ausweises/des Passes

Datum

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Freigabe 19.01.2011

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung**81**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten,
die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung
vorlegen

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

Je confirme avoir l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au
et de ne pas m'y être rendu(e) dans le but d'y recevoir des soins.

Spanisch

Fecha

Confirmo que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el
y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzuji, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Name, Vorname des Versicherten

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Anschrift des Versicherten im Heimatstaat

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

Unterschrift des Patienten

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 81a (7.2008)

Verbindliches Muster

Erklärung**81**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten,
die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung
vorlegen

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

Je confirme avoir l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au
et de ne pas m'y être rendu(e) dans le but d'y recevoir des soins.

Spanisch

Fecha

Confirmo que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el
y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermi recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Name, Vorname des Versicherten

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Anschrift des Versicherten im Heimatstaat

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

Unterschrift des Patienten

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 81b (7.2008)

Verbindliches Muster

Hinweise

zur vertragsärztlichen Versorgung von Personen,
die im Ausland krankenversichert sind



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Ausland gesetzlich Krankenversicherte haben in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf ärztliche Versorgung. Grundlage hierfür sind zum einen Rechtsvorschriften auf europäischer Ebene und zum anderen so genannte bilaterale Abkommen, die Deutschland mit anderen Staaten geschlossen hat. Die Ansprüche, die aus diesen Regelungen resultieren, sind jedoch von verschiedenen Faktoren abhängig (z. B. vorübergehender Aufenthalt oder Wohnort in Deutschland).

Wir haben die komplexen Rechtsvorschriften in Form von praxisorientierten Übersichten aufbereitet, um Ihnen eine reibungslose Patientenbetreuung zu ermöglichen. Den Übersichten, die als Orientierungshilfe für Ihre tägliche Arbeit gedacht sind, können Sie entnehmen, was im Einzelnen von der Dokumentation bis zur Abrechnung zu beachten ist.

Die Übersichten finden Sie auch im Internet unter www.kbv.de bzw. www.dvka.de
→ Urlaub in Deutschland → Informationen für Leistungserbringer →
Vertragsärztliche Versorgung.

Sollten Sie im Einzelfall Fragen zum Leistungsumfang haben, wenden Sie sich bitte an die gewählte deutsche Krankenkasse. Für generelle Auskünfte und Anregungen stehen Ihnen die Kassenärztlichen Vereinigungen telefonisch wie folgt zur Verfügung:

KV Baden-Württemberg

Bezirksstelle Freiburg - (0761) 884 4397
Bezirksstelle Karlsruhe - (0721) 5961 1397
Bezirksstelle Reutlingen - (07121) 917 2397
Bezirksstelle Stuttgart - (0711) 7875 3397

KV Bayern

Abrechnungshotline - (01805) 909 290 - 10
(14 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent/Minute),
email: abrechnungsberatung@kvb.de

KV Berlin

Hotline - (030) 31 003 - 999

KV Brandenburg

Abrechnungshotline - (01801) 58 22 433, email: ebmhotline@kvbb.de

KV Bremen

Abt. Abrechnung / Honorarwesen - (0421) 3404 - 193, Fax: (0421) 3404 - 109

KV Hamburg

Infocenter: (040) 22802 - 900, Fax: (040) 22802 - 885,
email: infocenter@kvhh.de

KV Hessen

Frau Anke Wolf: (069) 79502 - 369

KV Mecklenburg-Vorpommern

Abt. Abrechnung, Frau Monika Schulz: (0385) 7431 - 295

KV Niedersachsen

Bezirksstelle Aurich: (04941) 60080-06, email: kvn.aurich@kvn.de
Bezirksstelle Braunschweig: (0531) 24140-07, email: kvn.braunschweig@kvn.de
Bezirksstelle Göttingen: (0551) 707090-08, email: kvn.goettingen@kvn.de
Bezirksstelle Hannover: (0511) 38040-09, email: kvn.hannover@kvn.de
Bezirksstelle Hildesheim: (05121) 16010-10, email: kvn.hildesheim@kvn.de
Bezirksstelle Lüneburg: (04131) 676-0-11 email: kvn.lueneburg@kvn.de
Bezirksstelle Oldenburg (0441) 210060-12, email: kvn.oldenburg@kvn.de
Bezirksstelle Osnabrück: (0541) 9489-0-13, email: kvn.osnabrueck@kvn.de
Bezirksstelle Stade: (04141) 40000-14, email: kvn.stade@kvn.de
Bezirksstelle Verden: (04231) 9750-15, email: kvn.verden@kvn.de
Bezirksstelle Wilhelmshaven: (04421) 93860-16, email: kvn.wilhelmshaven@kvn.de

KV Nordrhein

Serviceteam Düsseldorf - (0211) 5970 - 8888
Serviceteam Köln - (0221) 7763 - 6666

KV Rheinland-Pfalz

Herr Stefan Löffler: (0261) 39002 - 352, email: stefan.loeffler@kv-rlp.de
Frau Doris Eichendorff: (0261) 39002 - 359, email: doris.eichendorff@kv-rlp.de

KV Saarland

Abt. Sonstige Kostenträger - (0681) 4003 -355 oder -244

KV Sachsen

Bezirksstelle Chemnitz, Frau Flath: (0371) 278 92 35
Bezirksstelle Dresden, Abteilung Abrechnung: (0351) 882 8410
Bezirksstelle Leipzig, Frau Jastrebow: (0341) 243 21 96

KV Sachsen-Anhalt

Frau Kathleen Eggert: (0345) 299 800 21, email: kathleen.eggert@kvsa.de
Frau Anett Horak: (0391) 627 6250, email: anett.horak@kvsa.de

KV Schleswig-Holstein

Servicecenter, Frau Jutta Güstrau: (04551) 883 883, Fax: (04551) 8837574,
email: jutta.guestrau@kvsh.de

KV Thüringen

Frau Carmen Schellhardt: (03643) 559 134, email: carmen.schellhardt@kvt.de

Frau Sylvia Steinhäuser: (03643) 559 245, email: sylvia.steinhaeuser@kvt.de

Frau Bettina Müller: (03643) 559 247, email: bettina.mueller@kvt.de

KV Westfalen-Lippe

Frau Astrid Gropp: (0231) 9432 - 3322, email: astrid.gropp@kvwl.de

Herr Michael Richter: (0251) 929 1206, email: michael.richter@kvwl.de

Den **GKV-Spitzenverband, DVKA** erreichen Sie unter 0228/9530 - 612
(Frau Steudter).

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
GKV-Spitzenverband, DVKA, Bonn

INHALTSVERZEICHNIS

1. Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegen.....	1
Anlage 1 - Muster der EHIC.....	3
Anlage 2 - Muster der PEB.....	4
Anlage 3 - Muster 80 Ausfertigung für die Krankenkasse/den Vertragsarzt.....	5
Anlage 4 - Muster 81 Ausfertigung für die Krankenkasse/den Vertragsarzt.....	7
2. Patienten, die einen Abrechnungsschein vorlegen.....	9
3. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen.....	11

1. Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegen

Praxis

Patient

1. Anspruchsnachweis und Dokumentation

prüft, ob Anspruchsnachweis einem der beige-fügten Muster entspricht und den Behandlungszeitraum abdeckt

kopiert Anspruchs- und Identitätsnachweis jeweils zweifach; überträgt ersatzweise die Daten in das Muster 80 (vgl. Anlage 3)

prüft, ob Muster 81 ordnungsgemäß ausgefüllt wurde

gibt Anspruchs- und Identitätsnachweis an Patient zurück

es gelten für die Praxisgebühr und die Zuzahlungspflicht die gleichen Regeln wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte

2. Leistungsumfang

stellt die Sachleistungen zur Verfügung, die während des Aufenthalts in Deutschland unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind¹⁾

stellt ggf. Überweisungen und Verordnungen wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus (im Feld "StatusErgänzung" bitte Ziffer 7 eintragen); bei einer Überweisung bitte auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer in Deutschland angeben

legt zur Behandlung **einen** der folgenden gültigen Anspruchsnachweise vor:
 - EHIC (vgl. Anlage 1)
 oder
 - PEB (vgl. Anlage 2)
und
 - Identitätsnachweis

füllt Muster 81 (vgl. Anlage 4) aus; gibt hier auch die deutsche gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl an

¹⁾ Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch die EHIC abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, dokumentiert der Arzt die Wahl des Patienten und rechnet die Mehrleistungen auf der Basis der GOÄ privat ab.

stellt ggf. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus und händigt dem Patienten Ausfertigungen zur Vorlage bei der Krankenkasse und beim Arbeitgeber aus



3. Abrechnung

schickt eine Ausfertigung der Unterlagen (Kopien des Anspruchs- und Identitätsnachweises bzw. Muster 80 **und** Muster 81) **unverzüglich** an die gewählte deutsche Krankenkasse und bewahrt die zweite Ausfertigung zwei Jahre auf



- rechnet die Kosten zulasten und zu den Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) der gewählten deutschen Krankenkasse zuzüglich der Positionen 40120 und 40144 über die Kassenärztliche Vereinigung ab; die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens
- trägt im Feld "StatusErgänzung" die Ziffer 7 ein

Muster der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)



- Vorderseite -



- Rückseite -

Ergänzende Hinweise:

Die EHIC wird in der Regel in der jeweiligen **Amtssprache** ausgestellt und ist nicht mit dem Kartenlesegerät lesbar.

Vereinzelt werden in **Österreich** Karten ausgestellt, die lediglich im Feld 8 (Kennnummer der Karte) einen gültigen Eintrag enthalten. Alle anderen Felder sind mit Sternchen gefüllt. Diese Karten sind ungültig und berechtigen nicht zur Leistungsaushilfe. Versicherte, die eine solche Karte vorlegen, sollten an die gewählte deutsche Krankenkasse verwiesen werden. Diese fordert bei der zuständigen österreichischen Krankenkasse eine Provisorische Ersatzbescheinigung an, die zur Leistungsaushilfe berechtigt.

Die Versicherten der **schweizerischen** Krankenversicherungsträger erhalten – abweichend vom abgebildeten Muster – eine Karte, auf der das „europäische Emblem“ (Kranz aus 12 Sternen) fehlt.

Die Versicherten des **tschechischen** Krankenversicherungsträgers VZP erhalten eine innerstaatliche Krankenversicherungskarte, die der Europäischen Krankenversicherungskarte sehr ähnlich sieht. Die Felder sind gleich angeordnet. Sie ist jedoch grün anstatt blau und trägt den Eindruck der VZP anstelle der Bezeichnung „European Health Insurance Card“. Darüber hinaus fehlen sowohl das Länderkürzel als auch das „europäische Emblem“ (Kranz aus 12 Sternen). Diese Karte berechtigt nicht zur Leistungsaushilfe.

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang 2 des Beschlusses S2
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

Ausgabemitgliedstaat

1.	2. <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
----	--

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
4. Vornamen:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>
5. Geburtsdatum:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
6. Persönliche Kennnummer:	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:	<input style="width: 60%; height: 15px;" type="text"/>
----------------------------	--

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:	<input style="width: 60%; height: 15px;" type="text"/>
9. Ablaufdatum:	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a)	Von:	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
b)	bis:	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>

c)	<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
----	--

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)	
----	--

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Krankenversicherungskarte

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte

Durchreise

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Straße, Hausnummer

Herkunftsland
(Länderkennzeichen)

PLZ Ort

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

Geschlecht

weiblich männlich

4 Vorname

5 Geburtsdatum

6 Persönliche Kennnummer

7 Kennnummer des ausländischen Trägers

-

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung vom bis

Ausgabedatum der Bescheinigung

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis

Reisepass

Nummer des Ausweises/des Passes

Datum

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Freigabe 19.01.2011

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 80b (4.2011)

Erklärung**81**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten,
die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung
vorlegen

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

Je confirme avoir l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au
et de ne pas m'y être rendu(e) dans le but d'y recevoir des soins.

Spanisch

Fecha

Confirmando que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el
y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzuji, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Name, Vorname des Versicherten

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Anschrift des Versicherten im Heimatstaat

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

Unterschrift des Patienten

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 81a (7.2008)

Erklärung**81**

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten,
die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung
vorlegen

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

Je confirme avoir l'intention de séjourner en Allemagne jusqu'au
et de ne pas m'y être rendu(e) dans le but d'y recevoir des soins.

Spanisch

Fecha

Confirmo que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el
y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Name, Vorname des Versicherten

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse

Anschrift des Versicherten im Heimatstaat

Ausstellungsdatum

Freigabe 05.05.2008

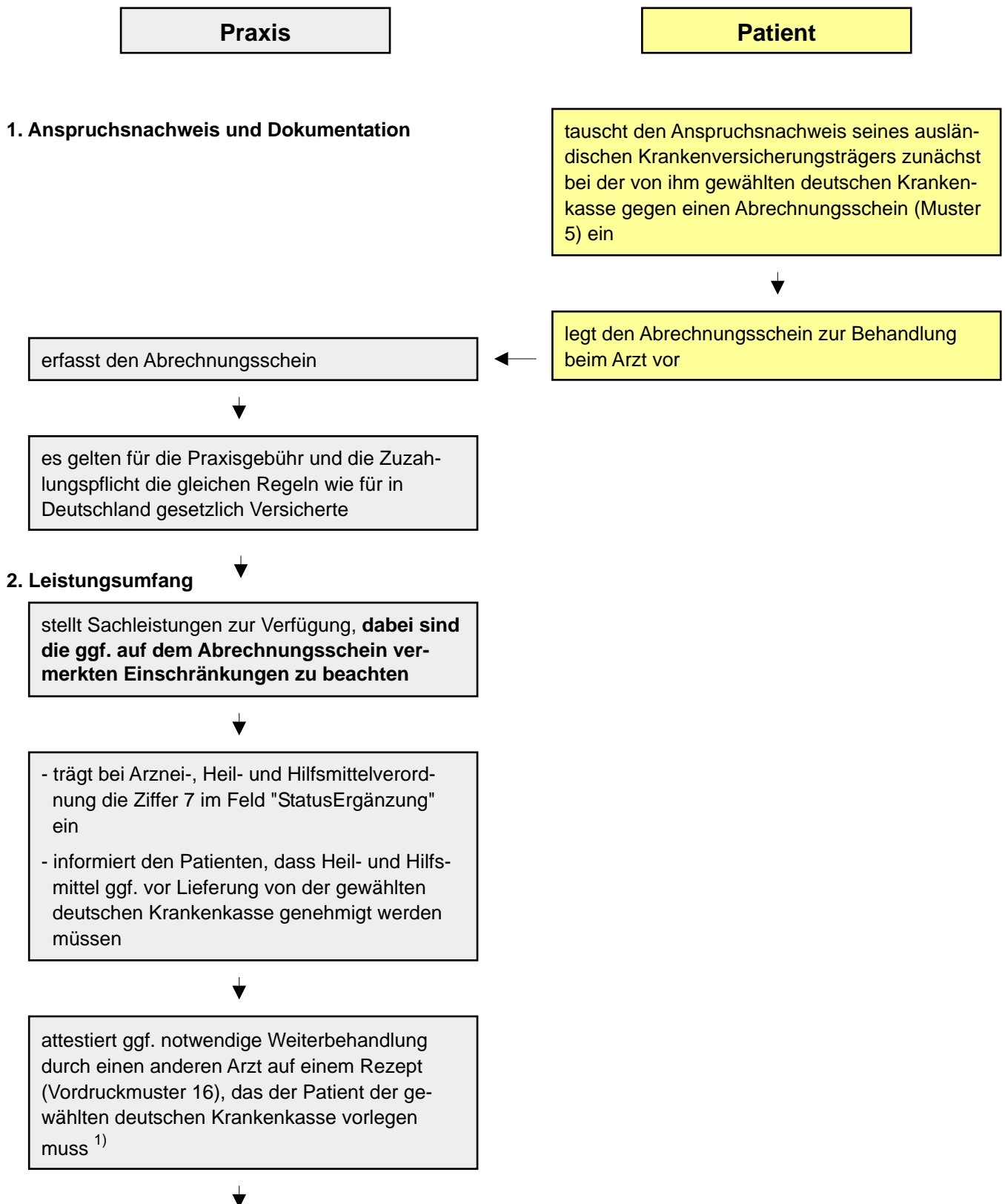
Unterschrift des Patienten

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 81b (7.2008)

Verbindliches Muster

2. Patienten, die einen Abrechnungsschein vorlegen



¹⁾ Die Krankenkasse prüft, ob der Behandlungsanspruch des Patienten eine Weiterbehandlung durch einen weiteren Arzt umfasst und stellt ggf. einen weiteren Abrechnungsschein aus.

- verordnet ggf. Krankenhausbehandlung nach den Bestimmungen der gewählten deutschen Krankenkasse unter Berücksichtigung möglicher Einschränkungen auf dem Abrechnungsschein (auf der Verordnung bitte Ziffer 7 im Feld "StatusErgänzung" eintragen)
- informiert den Patienten, dass nach Möglichkeit vor Aufnahme ins Krankenhaus die Genehmigung der deutschen Krankenkasse einzuholen ist



stellt ggf. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus und leitet diese unverzüglich an die deutsche Krankenkasse weiter (Umwandlung in Arbeitsunfähigkeitsmitteilung für ausländischen zuständigen Träger durch deutsche Krankenkasse)²⁾



3. Abrechnung

erstellt nach Abschluss der Behandlung (spätestens am Ende des Quartals) eine Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens und reicht diese gesondert bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein

²⁾ Den Patienten aus einem EU-Mitgliedstaat, die sich mit Genehmigung ihrer ausländischen Krankenkasse zur Behandlung in Deutschland aufhalten, werden die Ausfertigungen zur Vorlage bei der Krankenkasse und beim Arbeitgeber ausgehändigt.

3. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

Praxis

informiert den Patienten,

- dass das Arzthonorar auf Basis der GOÄ zunächst privat zu bezahlen ist und auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden können.
- dass sich der Patient an eine gesetzliche deutsche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis (PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten, sodass ihm bei Vorlage dieses Anspruchsnachweises innerhalb von 10 Tagen das Honorar erstattet werden kann.

Ausnahme: Anspruchsnachweise aus Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien können den Hinweis enthalten, dass der Arzt in **dringenden** Fällen bereit sein wird, den Anspruchsnachweis entgegenzunehmen und sich den Abrechnungsschein bei der vom Patienten zu wählenden deutschen Krankenkasse selbst (z. B. telefonisch) zu besorgen. Hier entfällt die Honorarzahlung durch den Patienten genauso als ob ein Abrechnungsschein vorgelegt würde. Dies gilt jedoch nicht, wenn sich der Patient nur zur Behandlung in Deutschland aufhält bzw. die zu behandelnde Krankheit bereits vor dem Aufenthalt in Deutschland bestanden hat.

Patient

kommt aus einem EWR-¹⁾ oder Abkommensstaat²⁾ oder der Schweiz

und

legt zur Behandlung

- **keine** Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)
- **keinen** Abrechnungsschein
- **keine** Krankenversicherungskarte

oder

legt zur Behandlung **nur** einen anderen Anspruchsnachweis seines ausländischen Krankenversicherungsträgers vor



informiert den Patienten, dass das Arzthonorar auf Basis der GOÄ privat zu bezahlen ist und auch Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden können

kommt nicht aus einem EWR-¹⁾ oder Abkommensstaat²⁾ oder der Schweiz

und

legt zur Behandlung **keinen** Anspruchsnachweis vor



¹⁾ EWR-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nur griechischer Teil)

²⁾ Abkommensstaaten: Bosnien und Herzegowina, Israel (nur Leistungen bei Mutterschaft), Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Im Ausland krankenversicherte Patienten

März 2011

Checkliste für die Praxis: So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten, die wir Ihnen im Folgenden näher erläutern. Drei Checklisten für die Praxis ermöglichen dabei einen schnellen Überblick über die einzelnen Schritte von der Erfassung bis zur Abrechnung.

I. Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz: *Europäische Krankenversicherungskarte*

Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z.B. Virusinfektion), aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker oder eine ggf. anstehende Früherkennungsuntersuchung, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann. Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vor.

II. Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit: *Abrechnungsschein*

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können ebenfalls bei einem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der grundsätzliche Unterschied zu Patienten aus den EWR-Staaten und der Schweiz besteht darin, dass sich Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse wenden müssen. Auch der Umfang der Leistungen ist deutlich eingeschränkter. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Abrechnungsschein aus, auf dem Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Leistungen“) vermerkt sind. Fehlen diese Zusätze auf dem Abrechnungsschein, kann auch eine weitergehende Behandlung durchgeführt werden.

III. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen: *Vergütung nach GOÄ*

Bei Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GOÄ zu berechnen.

Unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten je nach Herkunftsland des Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte

Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenkasse

Abrechnung nach GOÄ



I. Checkliste für die Praxis: Patienten aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz

- (1) Ein Patient aus einem EWR-Staat oder der Schweiz legt zur Behandlung
 - o eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)
 - o **oder** eine Ersatzbescheinigung (PEB)
 - o sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
- (2) Sie kopieren die EHIC bzw. die PEB und den Identitätsnachweis des Patienten jeweils zweimal.
Alternativ – z.B. wenn keine Möglichkeit besteht, die Dokumente zu kopieren – tragen Sie die Daten in das Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) ein, das Sie anschließend abstempeln und unterschreiben.
- (3) Der Patient füllt das Muster 81 (Erklärung des Patienten) aus und unterschreibt es. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an.
- (4) Sie ziehen die Praxisgebühr von 10,- Euro ein und beginnen mit der Behandlung.
- (5) Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB und die Kopie des Identitätsnachweises (alternativ Muster 80) sowie das Muster 81 möglichst schnell an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopie/Durchschläge verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
- (6) Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens ab, d.h.:
 - o Sie stellen einen Abrechnungsschein (Muster 5) aus.
 - o Ins Adressfeld tragen Sie nur Namen, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein.
 - o In das Feld „Status“ fügen Sie die Ziffer „10007“ ein.Zusätzlich sind für die Fotokopien die EBM-Ziffer 40144 und für die Versendung der Unterlagen die EBM-Ziffer 40120 berechnungsfähig.

Herkunftsland
des
Patienten:

Belgien
Bulgarien
Dänemark
Estland
Finnland
Frankreich
Griechenland
Großbritannien
Irland
Island
Italien
Lettland
Liechtenstein
Litauen
Luxemburg
Malta
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Rumänien
Schweden
Schweiz
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tschechien
Ungarn

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisun-
gen

Arbeits-
unfähigkeit

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf den üblichen Formularen. Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) den Namen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld die Ziffer „10007“ ein.

Überweisungen: Sie tragen im Statusfeld die Nummer „10007“ ein. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse. Sie brauchen keine Durchschrift an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.



II. Checkliste für die Praxis: Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der Leistungsumfang ist jedoch deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus EWR-Staaten oder der Schweiz. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Checkliste für die Praxis:

- (1) Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Abrechnungsschein der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
- (2) Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.
- (3) Sie erfassen den Abrechnungsschein.
- (4) Sie ziehen die Praxisgebühr von 10,- Euro ein und beginnen mit der Behandlung.

Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln: Erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16). Im Adressfeld tragen Sie unter „Status“ die Ziffer „10007“ ein. Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel ggf. vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

Krankenhausbehandlungen: Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) die im Abrechnungsschein von der aushelfenden deutschen Krankenkasse angegebene Statusnummer ein.

Überweisungen: Eine Überweisung zu einem weiteren Arzt ist nur zulässig, wenn der Patient eine Versichertenkarte der aushelfenden deutschen Krankenversicherung vorlegt.

Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit: Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

Herkunftsland
des
Patienten:

Bosnien
Herzegowina
Israel (nur für
Leistungen bei
Mutterschaft)
Kroatien
Mazedonien
Montenegro
Serbien
Türkei
Tunesien

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel

Krankenhaus

Überweisun-
gen

Arbeits-
unfähigkeit



III. Checkliste für die Praxis: Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

Wenn ein Patient keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung und den Identitätsnachweis oder einen Abrechnungsschein vorlegt, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

Checkliste für die Praxis:

- (1) Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.
- (2) Sie informieren den Patienten, dass er sich an eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis (EHIC/PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten, wenn mit seinem Heimatland ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht.
Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Muster E 112 oder E 121), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten Sie einen Abrechnungsschein.
- (3) Reicht der Patient den Anspruchsnachweis innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nach, sind Sie verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten.
- (4) Wenn Sie dem Patienten Ihr Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung stellen, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

Arznei-,
Heil- und
Hilfsmittel



Im Ausland krankenversicherte Patienten

Europäische Krankenversicherungskarte (Muster)



Formular „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Versicherungskarte“ (Muster, Originalgröße DIN A4)

Anlage 2

BESCHENIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003 betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vorworts: Ausgabemitgliedstaat: 2.

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:

4. Vornamen:

5. Geburtsdatum:

6. Persönliche Kennnummer:

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:

9. Ablaufdatum:

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

a) vom: b) bis:

Ausgabedatum der Bescheinigung:

Stempel des Trägers und Unterschrift:

05.04

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.