

Empfehlung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte

zwischen

dem GKV- Spitzenverband

(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Diese Empfehlung dient der Umsetzung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004.

§ 1 Behandlungsanspruch

- (1) Wird in Notfällen im Krankheitsfall einem Krankenhaus eine Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung vorgelegt, hat ein im Ausland Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) Anspruch auf die – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes – medizinisch notwendige Behandlung. Im Regelfall erfolgt der Nachweis des Anspruchs auf eine stationäre Krankenhausbehandlung durch den von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsschein (Vordruckmuster 2 gemäß Anlage 2 des Bundesmantelvertrages - Ärzte). Dem Arzt hat in diesem Falle bereits einer der in Satz 1 genannten Anspruchsnachweise vorgelegen. Kein Anspruch besteht, wenn der Versicherte zum Zweck der Behandlung nach Deutschland eingereist ist. Weiter besteht kein Anspruch auf Leistungen, die bis zu der vom Patienten ohnehin beabsichtigten Rückkehr in sein Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. Im Übrigen richtet sich der Leistungsumfang nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland.
- (2) Das Krankenhaus hat die Identität des Patienten zu überprüfen. Als Identitätsnachweis gelten der Personalausweis oder der Reisepass.
- (3) Der im Ausland Versicherte wählt vor Beginn der Behandlung die aushelfende deutsche Krankenkasse. In der Regel wurde eine entsprechende Erklärung be-

reits bei dem Arzt abgegeben, der die Einweisung in das Krankenhaus veranlasst hat. Diese ist dann maßgeblich. Wird im Notfall das Krankenhaus direkt aufgesucht, ist diese Erklärung dort aufzunehmen. Der Versicherte ist für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an seine Wahl gebunden.

- (4) Legt der im Ausland Versicherte die Berechtigung nach Abs.1 Satz 1 oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist das Krankenhaus berechtigt und verpflichtet von diesem eine Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V oder nach § 116b Abs. 6 SGB V zu fordern. Dies gilt auch, wenn der ausländische Versicherte für das Krankenhaus erkennbar zum Zweck der Behandlung nach Deutschland eingereist ist, es sei denn, der für den Versicherten zuständige ausländische Kostenträger hat die Behandlung vor der Inanspruchnahme ausdrücklich schriftlich genehmigt und die aushelfende deutsche Krankenkasse hat vor Behandlungsbeginn eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abgegeben.

§ 2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten

- (1) Die Durchführung der Dokumentation ist nicht erforderlich, wenn die Krankenhausbehandlung auf der Basis eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheines (Vordruckmuster 2 gemäß Anlage 2 des Bundesmantelvertrages - Ärzte) erfolgt. Das Verfahren wurde in diesem Falle bereits vom überweisenden Arzt durchgeführt. Sollte das Krankenhaus ohne vorherige Einweisung eines Vertragsarztes von einem Patienten direkt in Anspruch genommen werden, ist die Dokumentation nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 durchzuführen.
- (2) Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt durch eine Fotokopie der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung. Das Krankenhaus bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme auf der Fotokopie durch Datum, Unterschrift und Krankenhausstempel.
- (3) 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 Aufenthaltes in Deutschland“* (Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ nach der Anlage dieser Empfehlung) auszufüllen und zu unterschreiben. Das Krankenhaus achtet lediglich auf Vollständigkeit der Angaben.
- (4) Die Originalfassung der Erklärung nach Abs. 3 und die Fotokopie der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung sind unverzüglich an die aushelfende

deutsche Krankenkasse zu übersenden. Zweitkopien dieser Unterlagen verbleiben beim Krankenhaus. Das Krankenhaus ist verpflichtet, diese zwei Jahre aufzubewahren.

§ 3

Abrechnung

- (1) Das Krankenhaus rechnet die nach § 1 Abs. 1 erbrachten Leistungen zu Lasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat.
- (2) Die Abrechnung gegenüber der deutschen Krankenkasse erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V.
- (3) 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 das Krankenhaus gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die aushelfende deutsche Krankenkasse von dieser eine Vergütung nach Absatz 1, es sei denn, das Krankenhaus hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

§ 4

Verlegung

- (1) Erweist sich die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus als notwendig, teilt das behandelnde Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse mit.
- (2) Für das weiterbehandelnde Krankenhaus gelten die Regelungen der §§ 1 bis 3 mit Ausnahme des § 1 Abs. 3. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die vom im Ausland Versicherten gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse.

§ 5

Inkrafttreten



Diese Empfehlung tritt am 01. Dezember 2017 in Kraft.


**§ 6
Kündigung**

Diese Empfehlung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres von jedem Vertragspartner schriftlich gekündigt werden.

Berlin, den 16.10.2017



GKV-Spitzenverband, Berlin



Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

