

Merkblatt

*über die stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung von Personen,
die im Ausland krankenversichert sind*

GKV-Spitzenverband, DVKA, Bonn,
in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Berlin

Stand: 01.10.2013

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat in Absprache mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 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 Krankenhausbehandlung in Deutschland beanspruchen können.

Darüber hinaus stehen Übersichten zur Verfügung, die den Ablauf der Leistungsaushilfe, von der Dokumentation bis zur Abrechnung, schematisch darstellen.

Auf Ansprüche im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die aus der sogenannten Europäischen Richtlinie zur Patientenmobilität (Richtlinie 2011/24/EU) resultieren, geht dieses Merkblatt nicht ein. Hierbei handelt es sich um Patienten, die nach Deutschland zur Behandlung eingereist sind und Sie als Privatpatient aufsuchen. Weitere Informationen zu den Ansprüchen und zur Abrechnung der Kosten in diesen Fällen finden Sie auf den Seiten der Nationalen Kontaktstelle unter www.eu-patienten.de.

Das Merkblatt sowie die Übersichten sind auf den Internetseiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter www.dkgev.de abrufbar. Sie finden sie auch unter www.dvka.de → Informationen für Leistungserbringer → Stationäre Versorgung.

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 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - 2.5 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme
 - 2.6 Abrechnung der Krankenhauskosten
 - 2.7 Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte
- 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 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 3.4 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme
- 3.5 Abrechnung der Krankenhauskosten
- 3.6 Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Einweisungsscheins, eines Anspruchsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte

- 4 Kostenbeteiligung

- 5 Wahlleistungen

1 Allgemeines

Im Ausland versicherte Personen haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften bei **Aufenthalt** in Deutschland u. a. Anspruch auf Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V):

- Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit
- Deutsch-israelisches Abkommen über Soziale Sicherheit (nur für Entbindungen)
- Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit ¹
- Deutsch-mazedonisches Regierungsabkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-türkisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-tunesisches Abkommen über Soziale Sicherheit

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

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 oder
- mit Genehmigung des zuständigen Trägers **zur Behandlung** nach Deutschland eingereist ist (vgl. hierzu 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 deutsche Krankenversichertenkarte. Diese Krankenversichertenkarte unterscheidet sich von der Krankenversichertenkarte einer in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Person lediglich dadurch, dass der Kassename auf dem Chip um den Zusatz "/SVA" ergänzt ist. Außerdem ist im Feld "Status" die Ziffer „7“ oder „8“ angegeben. Diese Krankenversichertenkarte dient im Leistungsfall als Anspruchsnachweis gegenüber dem Krankenhaus.

Personen, die sich **vorübergehend** – z. B. als Touristen – in Deutschland aufhalten, können sich in Notfällen mit einem entsprechenden Anspruchsnachweis und ihrem Identitätsnachweis (Reisepass oder sonstige nationale Ausweispapiere mit Lichtbild, die zum Zwecke der Identitätsfeststellung von einer nationalen Behörde ausgestellt wurden) direkt an ein Krankenhaus wenden. Im Regelfall allerdings erfolgt der Nachweis des Anspruchs auf eine stationäre/ambulante Krankenhausbehandlung durch den von einem Arzt ausgestellten

Einweisungsschein (Vordruckmuster 2). Dem Arzt hat in diesen Fällen bereits einer der nachfolgend genannten Anspruchsnachweise vorgelegen.

In der Regel kommen folgende Anspruchsnachweise für den vorübergehenden Aufenthalt 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. Diese Karten sind in dieser Form gültig.

Die Versicherten der slowakischen Krankenversicherungsträger *Dovera zdravotna poistovna. a.s.* und *Union zdravotná poisťovňa, a.s.* erhalten eine EHIC, auf der das Ablaufdatum 31.12.9999 bzw. 31.12.2999 angegeben ist. Diese Karten sind unbefristet gültig und berechtigen zur Leistungsaushilfe.

Europaweit sind verschiedene Karten im Umlauf, die der EHIC zum Teil sehr ähnlich sehen, die aber nicht zur Inanspruchnahme von ambulanter oder stationärer Krankenhausbehandlung im Rahmen der EG-Verordnungen berechtigten. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.dvka.de → Informationen für Leistungserbringer → Stationäre Versorgung → Ausländische Krankenversicherungskarten, die keine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) darstellen

2.2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten

Zur Dokumentation werden Anspruchs- und Identitätsnachweis jeweils zweifach kopiert. Als Identitätsnachweis gelten der Reisepass oder sonstige nationale Ausweispapiere mit Lichtbild, die zum Zwecke der Identitätsfeststellung von einer nationalen Behörde ausgestellt wurden. Ersatzweise kann die Dokumentation des Behandlungsanspruchs durch Übertragen der Daten des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises auf das dafür vorgesehene Vordruckmuster – Dokumentation des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung von im Ausland Versicherten – (vgl. Anlage 3) erfolgen. Das Krankenhaus bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme durch Unterschrift und Krankenhausstempel. Der vorgelegte Anspruchsnachweis darf auf keinen Fall einbehalten werden.

Die Durchführung der Dokumentation ist nicht erforderlich, wenn die Krankenhausbehandlung auf der Basis eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheines (Vordruckmuster 2) erfolgt. Das Verfahren wurde in diesem Falle nämlich bereits vom überweisenden Arzt durchgeführt. Sollte das Krankenhaus ohne vorherige Einweisung eines Vertragsarztes von einem Patienten direkt in Anspruch genommen werden, ist die Dokumentation wie beschrieben durchzuführen.

Vor Beginn der Behandlung hat der im Ausland Versicherte eine deutsche aushelfende Krankenkasse zu wählen, indem er die "Erklärung – bei Krankenhausbehandlung – der im

EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen" (vgl. Anlage 4) auszufüllen und zu unterschreiben hat. In der Regel wurde eine entsprechende Erklärung bereits beim Arzt abgegeben, der die Einweisung in das Krankenhaus veranlasste. Diese ist dann maßgeblich. Wird im Notfall das Krankenhaus direkt aufgesucht, ist die Erklärung dort aufzunehmen. Der Patient ist für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an seine Wahl gebunden.

Die ggf. im Krankenhaus ausgefüllte Erklärung und die Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises sind unverzüglich an die deutsche aushelfende Krankenkasse zu übersenden. Anstelle der Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises kann das Vordruckmuster (Anlage 3) übermittelt werden. Die Zweitkopie (bzw. die Durchschläge) verbleibt beim Krankenhaus. Das Krankenhaus ist verpflichtet, diese zwei Jahre aufzubewahren.

Im Zusammenhang mit der Übermittlung der genannten Unterlagen sollte das Krankenhaus ggf. eine Kostenübernahmeerklärung von der gewählten Krankenkasse anfordern. Das Verfahren ist so durchzuführen, als würde es sich um einen in Deutschland Versicherten handeln.

2.3 Leistungsumfang nach EG-Recht

Die Sachleistungen (u. a. stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung) 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 vorlegen. Vom zuständigen Träger ggf. gemachte Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsumfangs sind dem Anspruchsnachweis zu entnehmen.

Hat der ausländische zuständige Träger die Krankenhausbehandlung genehmigt, hat die deutsche aushelfende Krankenkasse vor der Leistungsanspruchnahme zu prüfen, ob und in welchem Umfang aufgrund des Anspruchsnachweises eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt.

Wenn sich der Patient direkt an das Krankenhaus wendet, ist er – soweit es der Gesundheitszustand zulässt – auf die Einhaltung des vorstehend 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 vorgelegt werden.

Wenn sich der Patient direkt an das Krankenhaus 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 Sachleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenhausbehandlung).

2.4 Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Ist die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus notwendig, teilt das behandelnde Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) der deutschen aushelfenden Krankenkasse mit.

Für das weiter behandelnde Krankenhaus gelten die Regelungen in den Abschnitten 2.1 und 2.2 entsprechend. Die Identität des Patienten muss nicht erneut überprüft werden. Das weiter behandelnde Krankenhaus hat die Verlegung der deutschen aushelfenden Krankenkasse mitzuteilen. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die vom Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse.

2.5 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung

Benötigt der Patient einen Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme bzw. die ambulante Krankenhausbehandlung (z. B. als Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit), so kann er das Krankenhaus bitten, ihm eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

2.6 Abrechnung der Krankenhauskosten

Das Krankenhaus rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Die Abrechnung gegenüber dieser Krankenkasse erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V.

Für die Kosten einer Krankenhausbehandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Anspruchsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält das Krankenhaus gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die deutsche aushelfende Krankenkasse eine entsprechende Vergütung (siehe Absatz 1), es sei denn, das Krankenhaus hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

2.7 Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises bzw. einer Krankenversicherungskarte

Legt der im Ausland Versicherte einen der in Abschnitt 2.1 genannten Anspruchsnachweise und/oder den Identitätsnachweis bzw. eine Krankenversicherungskarte nicht vor, kann die aushelfende Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben. Für den Fall, dass kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt, kann die deutsche aushelfende Krankenkasse diesen vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Dies gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für das Krankenhaus erkennbar nach Deutschland begeben hat, um hier - ohne Genehmigung des ausländischen zuständigen

Kostenträgers – eine Krankenhausbehandlung zu erhalten. Teilweise kann es schwierig sein, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat einen Anspruchsnachweis zu erhalten.

Die Patienten sollten deshalb sofort darüber informiert werden, dass die Zahlung der Krankenhauskosten direkt von ihnen verlangt wird, wenn sich kein Kostenträger findet. Das Krankenhaus ist dann berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V bzw. § 116 b Abs. 5 SGB V zu fordern.

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 Krankenhausbehandlung beanspruchen. Im Einzelnen bestehen Abkommen mit folgenden Staaten:

- Bosnien und Herzegowina
- Israel (nur für Entbindungen)
- Mazedonien
- Montenegro
- Serbien
- Türkei
- Tunesien

3.1 Anspruchsnachweise nach Abkommensrecht

Personen aus Abkommensstaaten, die während ihres vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland einer Krankenhausbehandlung bedürfen, müssen sich mit einem vom ausländischen Träger der Krankenversicherung (= zuständiger Träger) ausgestellten entsprechenden Anspruchsnachweis zunächst an eine von ihnen gewählte Krankenkasse des Aufenthaltsorts (= aushelfender Träger) wenden. Hier erhalten sie einen mit den notwendigen Angaben versehenen, speziell gekennzeichneten Abrechnungsschein zur Vorlage beim Vertragsarzt. Im Regelfall wird der Nachweis eines Anspruchs auf eine stationäre/ambulante Krankenhausbehandlung durch den von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) erfolgen. Auf dem Einweisungsschein ist – soweit vorhanden – die von der aushelfenden Krankenkasse im Abrechnungsschein angegebene Statusnummer aufgetragen. Vor Aufnahme ins Krankenhaus ist nach Möglichkeit die Genehmigung der aushelfenden Krankenkasse einzuholen.

Ist dies nicht erfolgt, sollte das Krankenhaus ggf. eine Kostenübernahmeerklärung von der gewählten Krankenkasse anfordern. Das Verfahren ist so durchzuführen, als würde es sich um einen in Deutschland Versicherten handeln.

In der Regel kommen folgende Anspruchsnachweise für den vorübergehenden Aufenthalt in Betracht:

- BH 6
- D/ISR 111 (nur für Entbindungen)
- DE/MNE 111
- D/RM 111
- DE 111 SRB
- Ju 6
- A/T 11
- A/TN 11

Personen, die in einem Abkommensstaat versichert sind und in Deutschland wohnen, erhalten von der von ihnen gewählten Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte. Diese Krankenversichertenkarte unterscheidet sich von der Krankenversichertenkarte einer in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Person lediglich dadurch, dass als Hinweis auf das Sozialversicherungsabkommen auf dem Chip der Kassename um den Zusatz "/SVA" ergänzt wird. Außerdem ist im Feld "Status" die Ziffer „7" angegeben. Die Krankenversichertenkarte dient im Leistungsfall als Anspruchsnachweis gegenüber dem Krankenhaus.

3.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der zu behandelnde 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 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 Krankenhausleistungen einen strengen Maßstab anzulegen, weil diese Leistungen nur zu erbringen sind, wenn der Zustand der betreffenden Person eine Behandlung sofort erforderlich macht. Leistungen, die bis zur Rückkehr in den anderen Staat zurückgestellt werden können, dürfen nicht erbracht werden.

Handelt es sich – für den Krankenhausarzt 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. In diesem Fall sollte der Patient zur Klärung der Kostenübernahme an die (von ihm gewählte) aushelfende Krankenkasse verwiesen werden. Eine Abrechnung ist nur im Rahmen der von der deutschen aushelfenden Krankenkasse gemachten Kostenübernahmeerklärung zulässig.

3.2.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Einreise nach Deutschland mit bestehender Erkrankung

Ist ein Patient mit einer bestehenden Erkrankung eingereist, kann eine Krankenhausbehandlung nur beansprucht werden, wenn der ausländische Träger dies genehmigt hat. Dazu stellt er einen entsprechenden Anspruchsnachweis (A/T 12, A/TN 12, BH 5, DE/MNE 112, D/RM 112, DE 112 SRB, Ju 5) aus.

Kommt eine Krankenhausbehandlung in Betracht, hat die deutsche aushelfende Krankenkasse vor der Leistungsanspruchnahme zu prüfen, ob und in welchem Umfang aufgrund des vorgelegten Anspruchsnachweises eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung

gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt.

Ist der Patient nicht im Besitz eines entsprechenden Anspruchsnachweises, kann die deutsche aushelfende Krankenkasse diese vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Teilweise kann es schwierig sein, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat einen Anspruchsnachweis zu erhalten. Die Patienten sollten deshalb sofort darüber informiert werden, dass die Zahlung der Krankenhauskosten direkt von ihnen verlangt wird, wenn sich kein anderer Kostenträger findet.

3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland

Eine anspruchsberechtigte Person, die in Deutschland wohnt, hat nach Vorlage der Krankenversicherungskarte der deutschen aushelfenden Krankenkasse Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Sachleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenhausbehandlung).

3.3 Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Ist die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus notwendig, teilt das behandelnde Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) der deutschen aushelfenden Krankenkasse mit.

Das weiter behandelnde Krankenhaus hat die Verlegung der deutschen aushelfenden Krankenkasse mitzuteilen. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die vom Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse.

3.4 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung

Benötigt der Patient einen Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme bzw. die ambulante Krankenhausbehandlung (z. B. als Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit), so kann er das Krankenhaus bitten, ihm eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

3.5 Abrechnung der Krankenhauskosten

Das Krankenhaus rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Die Abrechnung gegenüber dieser Krankenkasse erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V.

3.6 Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Einweisungsscheins, eines Anspruchsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte

Für den Fall, dass sich der Anspruchsberechtigte infolge Unkenntnis oder wegen der Dringlichkeit der Krankenhausbehandlung beim Krankenhaus anstelle eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheins (Vordruckmuster 2) bzw. einer Krankenversichertenkarte nur mit einem Anspruchsnachweis des ausländischen Versicherungsträgers ausweist, ist der Patient zunächst an die von ihm gewählte aushelfende Krankenkasse zu verweisen.

Legt der im Ausland Versicherte einen gültigen Anspruchsnachweis bzw. eine Krankenversichertenkarte nicht vor, kann die aushelfende Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben. Für den Fall, dass kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt, kann die deutsche aushelfende Krankenkasse diesen vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Dies gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für das Krankenhaus erkennbar nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Kostenträgers – eine Krankenhausbehandlung zu erhalten. Teilweise kann es schwierig sein, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat einen Anspruchsnachweis zu erhalten.

Eine Abrechnung zulasten der aushelfenden Krankenkasse kann nur erfolgen, wenn diese eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Die Patienten sollten deshalb sofort darüber informiert werden, dass die Zahlung der Krankenhauskosten direkt von ihnen verlangt wird, wenn kein Anspruchsnachweis vom zuständigen Träger übermittelt wird bzw. sich kein Kostenträger findet.

Die Abrechnung erfolgt nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V bzw. § 116 b Abs. 5 SGB V.

4 Kostenbeteiligung

Das Krankenhaus hat die nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlung (zzt. EUR 10,00/Tag) nach den Vorgaben des § 43 b Abs. 3 SGB V vom Patienten einzubehalten.

5 Walleistungen

Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die nicht durch seinen aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften bestehenden Leistungsanspruch gedeckt sind, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

GKV-Spitzenverband, DVKA
in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Erkennungsmerkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card, EHIC)

Alle Mitgliedstaaten verwenden ein gemeinsames Muster mit dem EU-Emblem und einer vorgegebenen Anordnung der Textfelder. Somit soll sichergestellt werden, dass die EHIC vom Gesundheitsdienstleister sofort erkennbar und ungeachtet der Sprache lesbar ist.

Nachfolgend sind die von der EU-Kommission im Beschluss S2 festgelegten Muster der EHIC abgebildet.

Muster der EHIC



– Beispiel für eine EHIC auf der Vorderseite der Karte –



– Beispiel für eine EHIC auf der Rückseite der Karte –

Bitte beachten Sie,

- dass die EHIC – abweichend vom oben abgebildeten Muster –keinen Chip und in der Regel auch keinen Magnetstreifen enthält und somit **nicht mit dem Kartenlesegerät lesbar** ist. Sie ist daher zu kopieren. Ersatzweise sind die Daten in das Muster 80 K einzutragen.
- dass sich auf der Rückseite der EHIC in der Regel die nationale Krankenversicherungskarte befindet.
- dass die EHIC in der Regel in der **jeweiligen Amtssprache** ausgestellt wird.

Ansichtsmuster der in den einzelnen Mitgliedstaaten verwendeten EHICs finden Sie unter <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=de> oder unter www.dvka.de → Informationen für Leistungserbringer → Ansichtsmuster der EHIC.

Die in Europa zur Ausstellung einer EHIC autorisierten Institutionen finden Sie im EESSI Öffentliches Verzeichnis der europäischen Institutionen der Sozialen Sicherheit unter http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de oder unter www.dvka.de → Master Directory.

Die EHIC enthält die Daten, die notwendig sind, um innerhalb der Europäischen Gemeinschaft Sachleistungen in Anspruch zu nehmen und die dadurch entstandenen Kosten über eine gesetzliche Krankenkasse im Aufenthaltsstaat abrechnen zu können. Hierzu gehören

- der Familienname und die Vornamen der Karteninhaberin/des Karteninhabers
- das Geburtsdatum der Karteninhaberin/des Karteninhabers
- die persönliche Kennnummer der Karteninhaberin/des Karteninhabers
- eine Kennnummer der Krankenkasse
- eine Kennnummer der Karte
- die Gültigkeitsdauer der Karte (Ablaufdatum)
- Kürzel des Kartenausgabestaates (z. B. DE für Deutschland)

Besonderheiten in Bezug auf die Schweiz und die Slowakei:

- Die Versicherten der **schweizerischen** Krankenversicherungsträger erhalten – abweichend vom oben abgebildeten Muster – eine Karte, auf der das „europäische Emblem“ (Kranz aus 12 Sternen) fehlt. **Diese Karten sind in dieser Form gültig.**



- Vorderseite -



- Rückseite -

- Die Versicherten der **slowakischen** Krankenversicherungsträger *Dovera zdravotna poistovna, a.s.* und *Union zdravotná poisťovňa, a.s.* erhalten eine Karte, auf der das Ablaufdatum 31.12.9999 bzw. 31.12.2999 angegeben ist. **Diese Karten sind unbefristet gültig.**

Muster



- Europaweit sind verschiedene Karten im Umlauf, die der EHIC zum Teil sehr ähnlich sehen, die aber nicht zur Inanspruchnahme von ambulanter oder stationärer Krankenhausbehandlung im Rahmen der EG-Verordnungen berechtigten. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter www.dvka.de → Informationen für Leistungserbringer → Stationäre Versorgung → Ausländische Krankenversicherungskarten, die keine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) darstellen

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

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

Ausgabemitgliedstaat

1.	2. <input type="checkbox"/>
----	-----------------------------

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:	<input type="text"/>
4. Vornamen:	<input type="text"/>
5. Geburtsdatum:	<input type="text"/>
6. Persönliche Kennnummer:	<input type="text"/>

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

Muster

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:	<input type="text"/>
9. Ablaufdatum:	<input type="text"/>

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a) Von:	<input type="text"/>	/	c) <input type="text"/>
b) bis:	<input 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.

		81 K
Erklärung - bei Krankenhausbehandlung - der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen		
Deutsch	Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.	Datum [][][][][][][][][]
Englisch	I confirm that I intend to stay in Germany until and did not enter the country for the purpose of treatment.	Date [][][][][][][][][]
Französisch	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.	Date [][][][][][][][][]
Spanisch	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.	Fecha [][][][][][][][][]
Italienisch	Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.	Data [][][][][][][][][]
Griechisch	Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη θεραπευτική μου αγωγή.	Ημερομηνία [][][][][][][][][]
Polnisch	Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.	Data [][][][][][][][][]
Tschechisch	Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.	Datum [][][][][][][][][]
Name, Vorname des Versicherten	Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse	
Anschrift des Versicherten im Heimatstaat	Ausstellungsdatum [][][][][][][][][]	
	Unterschrift des Patienten	
Original für die Krankenkasse		
<small>Herausgeber: GIV-Spitzenverband, DVKA, Bonn 01/2011</small>		

81 K	
Erklärung - bei Krankenhausbehandlung - der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen	
Deutsch	Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin. Datum <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Englisch	I confirm that I intend to stay in Germany until and did not enter the country for the purpose of treatment. Date <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Französisch	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. Date <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Spanisch	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. Fecha <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Italienisch	Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al e di non essermi recato per sottopormi a trattamento. Data <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Griechisch	Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη θεραπευτική μου αγωγή. Ημερομηνία <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Polnisch	Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu. Data <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Tschechisch	Potvrzuji, že se hodlám zdržovat až do v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření. Datum <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Name, Vorname des Versicherten	Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Anschrift des Versicherten im Heimatstaat	Ausstellungsdatum <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Durchschlag zum Verbleib im Krankenhaus	Unterschrift des Patienten