

Hinweise

zur stationären/ambulanten Krankenhausbehandlung 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 Ausführungen gelten sowohl für den stationären als auch den ambulanten Krankenhausaufenthalt.

Die Übersichten sind auch im Internet unter www.dkgev.de bzw. www.dvka.de
—> Urlaub in Deutschland —> Informationen für Leistungserbringer —>
Stationäre Versorgung abrufbar.

Sollten Sie im Einzelfall Fragen zum Leistungsumfang haben, wenden Sie sich bitte an die gewählte deutsche Krankenkasse. Für generelle Auskünfte und Anregungen steht Ihnen die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter der Telefonnummer

030/39801 - 1410

zur Verfügung.

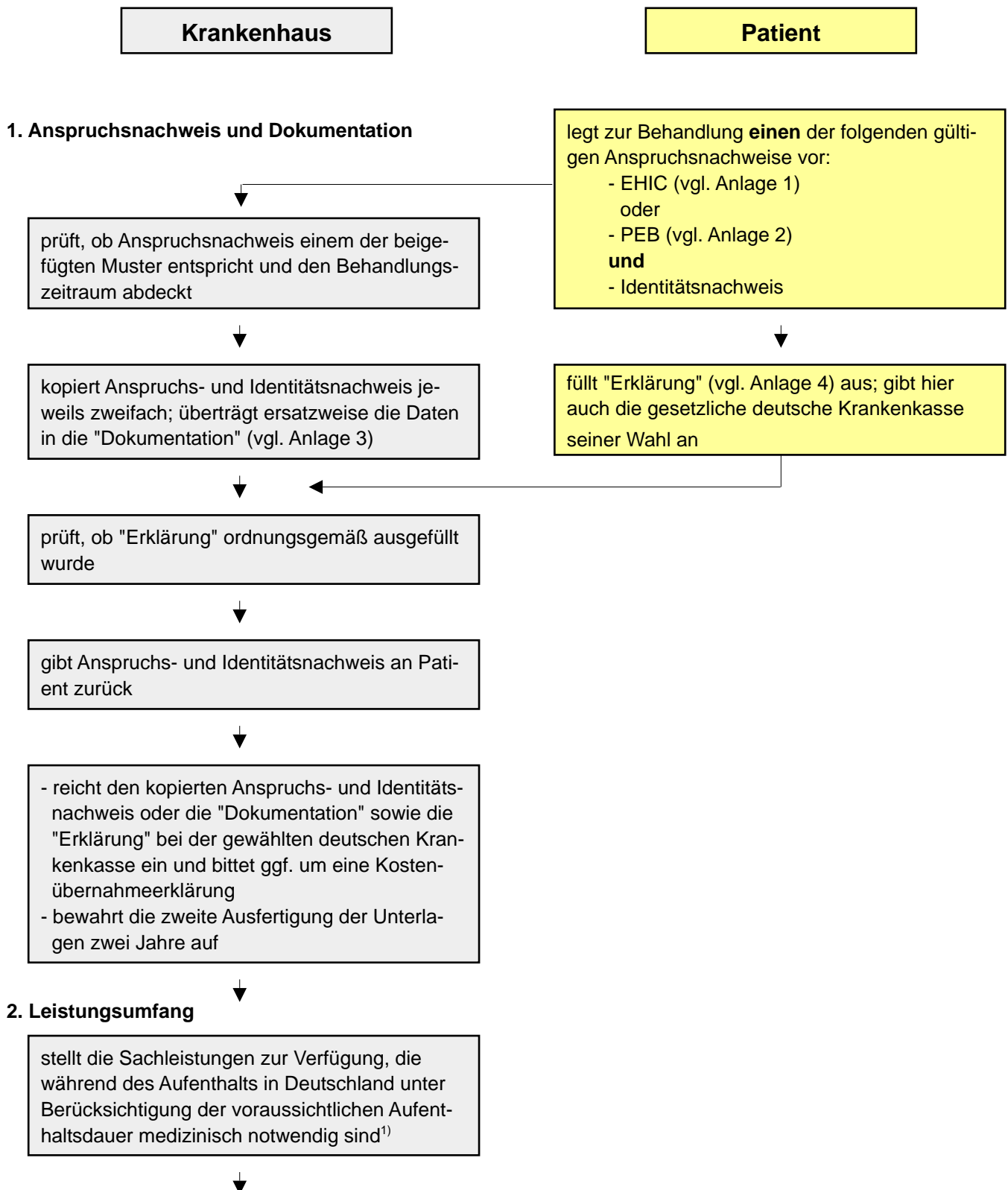
Den GKV-Spitzenverband, DVKA erreichen Sie unter 0228/9530 - 612 (Frau Steudter).

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 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 - Dokumentation des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung von im Ausland Versicherten.....	5
Anlage 4 - Erklärung - bei Krankenhausbehandlung - der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen.....	7
2. Patienten, die einen Einweisungsschein vorlegen.....	9
3. Patienten, die eine deutsche Krankenversichertenkarte mit der Ziffer 7 oder 8 im Feld "StatusErgänzung" vorlegen.....	10
4. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen.....	11

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



1) Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch die EHIC abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, kann das Kran-kenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

3. Abrechnung

teilt bei einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus Name und IK der gewählten deutschen Krankenkasse mit ²⁾



stellt ggf. Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus



behält die vorgesehene Zuzahlung vom Patienten ein; es gelten die gleichen Regeln wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte



rechnet die Kosten zulasten der gewählten deutschen Krankenkasse ab; die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V

²⁾ Das aufnehmende Krankenhaus muss die Identität des Patienten nicht erneut prüfen. Es muss jedoch die gewählte deutsche Krankenkasse über die Verlegung informieren. Die Kostenübernahme ist erst gesichert, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen Krankenkasse vorliegt.

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.

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) Von:

b) bis:

Ausgabedatum der Bescheinigung

c)

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.

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

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

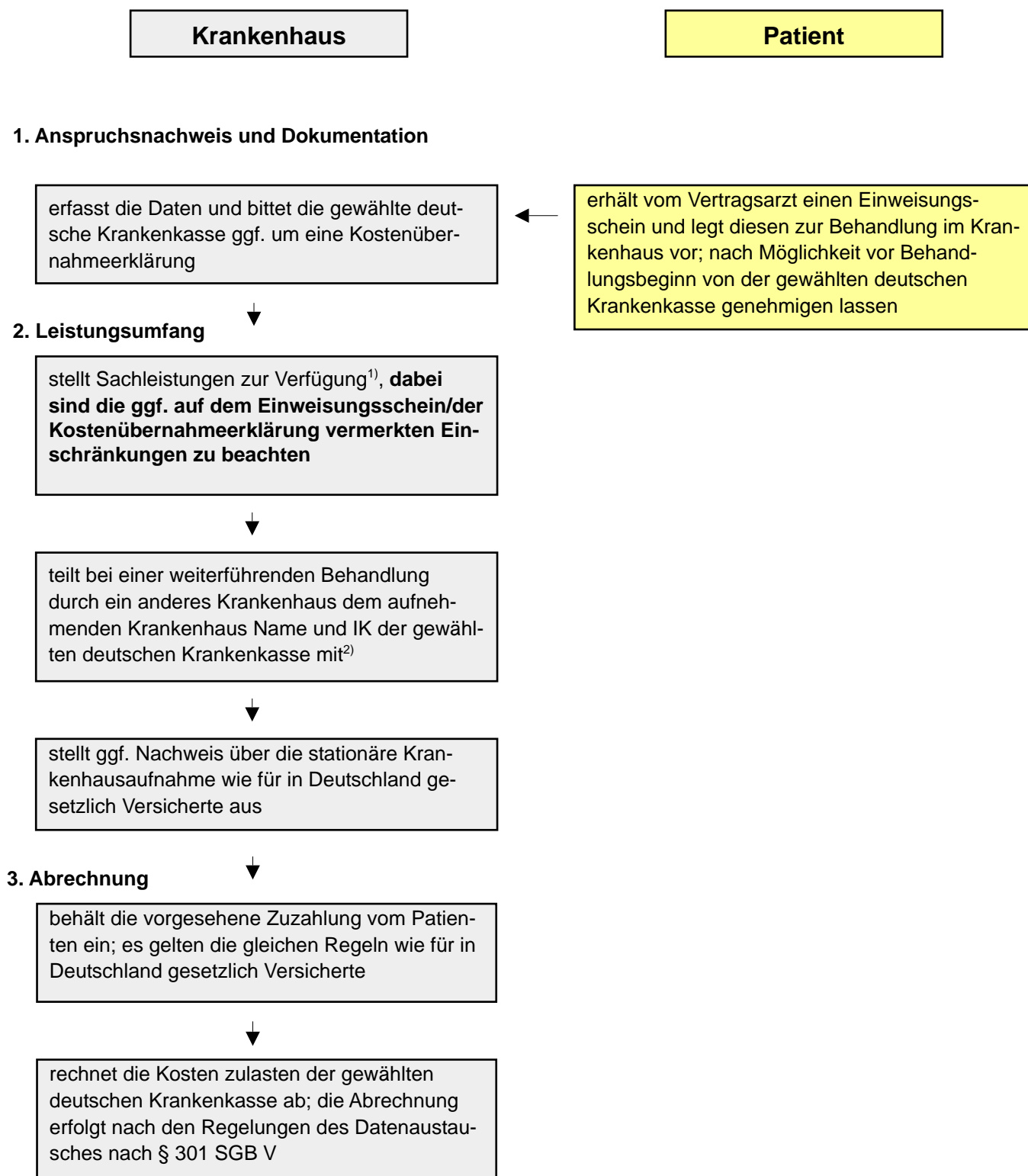
Ausstellungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Patienten

Durchschlag zum Verbleib im Krankenhaus

2. Patienten, die einen Einweisungsschein vorlegen



¹⁾ **Besonderheit mit Kroatien:** Der kroatische Krankenversicherungsträger kann sich mit dem Krankenhaus in Verbindung setzen um zu erfragen, ob der Gesundheitszustand der betreffenden Person einen Rücktransport nach Kroatien zulässt. Der Krankenhausarzt ist nach dem deutsch-kroatischen Abkommen über Soziale Sicherheit verpflichtet, diese Information unverzüglich zu erteilen. Der kroatische Krankenversicherungsträger, der an die Entscheidung des deutschen Arztes gebunden ist, organisiert und bezahlt den Rücktransport.

Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch den Einweisungsschein abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

²⁾ Das aufnehmende Krankenhaus informiert die gewählte deutsche Krankenkasse über die Verlegung. Die Kostenübernahme ist erst gesichert, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen Krankenkasse vorliegt.

3. Patienten, die eine deutsche Krankenversichertenkarte mit der Ziffer 7 oder 8 im Feld "StatusErgänzung" vorlegen

Krankenhaus

Patient

1. Anspruchsnachweis und Dokumentation

- wohnt in Deutschland und hat den Anspruchsnachweis seines ausländischen Krankenversicherungsträgers zunächst bei der von ihm gewählten deutschen Krankenkasse vorgelegt
 - erhält von der deutschen Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte mit der Ziffer 7 oder 8 im Feld "StatusErgänzung"



legt die Krankenversichertenkarte zur Behandlung im Krankenhaus vor

erfasst die Daten der Krankenversichertenkarte



2. Leistungsumfang

stellt alle medizinisch notwendigen Sachleistungen zur Verfügung¹⁾



teilt bei einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus Name und IK der deutschen Krankenkasse mit²⁾



stellt ggf. Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus



3. Abrechnung

behält die vorgesehene Zuzahlung vom Patienten ein; es gelten die gleichen Regeln wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte



rechnet die Kosten zulasten der gewählten deutschen Krankenkasse ab; die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V

¹⁾ Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch die Krankenversichertenkarte abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

²⁾ Das aufnehmende Krankenhaus informiert die gewählte deutsche Krankenkasse über die Verlegung. Die Kostenübernahme ist erst gesichert, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen Krankenkasse vorliegt.

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

Krankenhaus

informiert den Patienten,

- dass die Krankenhauskosten privat zu bezahlen sind, wenn 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.

- dass sich der Patient an eine gesetzliche deutsche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis zu erhalten, damit die deutsche Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung ausstellen kann.

Ausnahme: Anspruchsnachweise aus Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien können den Hinweis enthalten, dass das Krankenhaus in **dringenden** Fällen bereit sein wird, den Anspruchsnachweis entgegenzunehmen und sich eine Kostenübernahmeerklärung bei der vom Patienten zu wählenden deutschen Krankenkasse selbst (z. B. telefonisch) zu besorgen. Hier entfällt die Honorarzahlung durch den Patienten. 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** Einweisungsschein
- **keine** Krankenversicherungskarte

oder

legt zur Behandlung

nur einen anderen Anspruchsnachweis seines ausländischen Krankenversicherungsträgers vor



informiert den Patienten, dass die Krankenhauskosten privat zu bezahlen sind. 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.

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