
VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG VON PERSONEN, DIE IM AUSLAND KRANKENVERSICHERT SIND

HINWEISE UND ERLÄUTERUNGEN FÜR VERTRAGSÄRZTE UND
MITARBEITER DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

1. OKTOBER 2018

INHALT

1.	ALLGEMEINES	3
<hr/>		
2.	GRUNDSÄTZLICHES ZU ANSPRÜCHEN NACH EG-RECHT	3
2.1	Anspruchsnachweise nach EG-Recht	4
2.2	Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten	5
2.3	Leistungsumfang nach EG-Recht	6
2.3.1	Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland	6
2.3.2	Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland zum Zwecke der Behandlung	6
2.3.3	Leistungsumfang nach EG-Recht bei Wohnort in Deutschland	7
2.4	Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	7
2.5	Überweisung zur fachärztlichen Behandlung	7
2.6	Verordnung von Krankenhausbehandlung	7
2.7	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	8
2.8	Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen	8
2.9	Ärztliche Behandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises	8
<hr/>		
3.	GRUNDSÄTZLICHES ZU ANSPRÜCHEN NACH ABKOMMENSRECHT	9
3.1	Anspruchsnachweise nach Abkommensrecht	9
3.2	Leistungsumfang nach Abkommensrecht	10
3.2.1	Leistungsumfang nach Abkommensrecht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland	10
3.2.2	Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Einreise nach Deutschland mit bestehender Erkrankung	10
3.2.3	Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland	10
3.3	Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	11
3.4	Überweisung zur fachärztlichen Behandlung	11
3.5	Verordnung von Krankenhausbehandlung	11
3.6	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	11
3.7	Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen	11
3.8	Ärztliche Hilfe ohne Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises bzw. einer eGK	12

VORWORT

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Absprache mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA diese Hinweise und Erläuterungen ausgearbeitet. Sie bieten ausführliche Informationen für solche Fälle, 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 kürzer gefasste "Informationen für die Praxis" zur Verfügung sowie Checklisten, die den Ablauf von der Dokumentation bis zur Abrechnung darstellen.

Das Informationsmaterial finden Sie im Internet unter www.dvka.de.

Informationen für Leistungserbringer Vertragsärztliche Versorgung bzw. unter www.kbv.de.

Auf Ansprüche im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die aus der sogenannten Europäischen Richtlinie zur Patientenmobilität (Richtlinie 2011/24/EU) resultieren, geht dieses Dokument nicht ein. Hierbei handelt es sich um Patienten, die nach Deutschland zur Behandlung eingereist sind und einen zugelassenen Arzt 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.

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 und Krankenhausbehandlung:

- › Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit
- › Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit¹
- › 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 der vertragsärztlichen Versorgung.

2. GRUNDSÄTZLICHES ZU ANSPRÜCHEN NACH EG-RECHT

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

- › Belgien
- › Bulgarien
- › Dänemark
- › Estland
- › Finnland
- › Frankreich
- › Griechenland
- › Großbritannien
- › Irland

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

- › Island
- › Italien
- › Kroatien
- › Lettland
- › Liechtenstein
- › Litauen
- › Luxemburg
- › Malta
- › Niederlande
- › Norwegen
- › Österreich
- › Polen
- › Portugal
- › Rumänien
- › Schweden
- › Schweiz
- › Slowakei
- › Slowenien
- › Spanien
- › Tschechien
- › Ungarn
- › Zypern (nur griechischer Teil)

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.

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 (PEB), vgl. Anlage 2.

Nähere Informationen zu den im EU-Ausland ausgestellten EHICs und PEBs finden Sie unter www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal_ehic_peb/informationsportal_rahmenseite.html. Hier erhalten Sie Antwort auf die Fragen, ob

- › es sich bei der vorgelegten Karte um eine EHIC handelt.
- › es sich bei der vorgelegten Bescheinigung um eine PEB handelt.
- › welche Besonderheiten ggf. in Bezug auf den jeweiligen Staat zu beachten sind.

Sie finden Ansichtsmuster der in den einzelnen Mitgliedstaaten verwendeten EHICs und PEBs und erhalten Informationen zur Gültigkeitsdauer der EHIC sowie zu den dem GKV-Spitzenverband, DVKA bekannten Besonderheiten in den einzelnen Mitgliedstaaten. Hierzu gehören z. B. auch Hinweise auf länderspezifische Krankenversicherungskarten, die auf den ersten Blick wie eine EHIC aussehen. Bei diesen handelt es sich aber tatsächlich nur um eine spezielle Karte des jeweiligen Versicherungsträgers, die somit nicht dazu berechtigt, Leistungen im Rahmen der EG-Verordnungen in Anspruch zu nehmen.

Zur schnellen Informationsfindung können Sie einfach den Staat auswählen, in dem die Person versichert ist.

Sofern die im EU-/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. Bei der Wahl der deutschen Krankenkasse sind die Grundsätze der Wahlrechte der Mitglieder deutscher Krankenkassen zu beachten. Eine Person, die ihren Wohnort in Deutschland hat, erhält in der Regel eine eGK. Der Kassename auf der ggf. auszustellenden eGK ist um den Zusatz "/SVA" ergänzt. Außerdem ist im Feld "Besondere Personengruppe" die Ziffer "7" oder "8" eingetragen.

2.2 DOKUMENTATION DES BEHANDLUNGSANSPRUCHS UND ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Versicherte eines anderen EU-/EWR-Staats 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 eine vertragsärztliche Praxis wenden.

Da der Anspruchsnachweis (EHIC oder PEB) nicht einbehalten werden darf, ist der vom Patienten geführte Nachweis zu dokumentieren.

Hierfür überprüft der Vertragsarzt die Identität des Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises, sowie die Gültigkeit der EHIC bzw. der PEB.

Die EHIC bzw. PEB wird zweifach kopiert. Die lesbaren Kopien werden mit Datum, Unterschrift und Arztstempel versehen. Besteht für den Arzt z. B. wegen technischer Probleme keine Möglichkeit, Kopien der EHIC bzw. PEB mithilfe eines Kopiergerätes oder anderer geeigneter technischer Verfahren anzufertigen, können ausnahmsweise auch vom Patienten selbst Kopien beigebracht werden. In dem besonderen Ausnahmefall der ambulanten Versorgung vor Ort durch einen Arzt im vertragsärztlichen fahrenden Notdienst können, sofern keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder andere geeignete Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die Daten der europäischen Krankenversicherungskarte oder der PEB formlos händisch erfasst werden. Dabei müssen folgende Angaben der EHIC erfasst werden: Herkunftsland sowie jeweils unter Angabe der zugehörigen Ordnungsnummer (3. bis 9.): Vor- und Nachname des Versicherten, Geburtsdatum, Persönliche Kennnummer, Kennnummer des Trägers, Kennnummer der Karte und Ablaufdatum. Es ist darauf zu achten, dass die Kopien bzw. händisch erfassten Daten mit dem jeweiligen Original übereinstimmen. Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Datum, Unterschrift und Arztstempel.

Zur händischen Erfassung der Daten können Vertragsärzte im fahrenden Notdienst auch eine Vorlage verwenden, die unter www.kbv.de/html/8634.php abgerufen werden kann.

Vor Durchführung der Behandlung hat der Patient die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" (vgl. Anlage 3) in der von ihm gewünschten Sprachfassung auszufüllen und zu unterschreiben. Sie steht im Praxisverwaltungssystem – in allen Teilen zweisprachig – in folgenden Sprachen zur Verfügung: Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch. Hier gibt der Patient auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an.

Bei der Wahl der deutschen Krankenkasse sind die Grundsätze der Wahlrechte der Mitglieder deutscher Krankenkassen zu beachten. Es ist eine aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – soweit ein solcher (z. B. bei Durchreise) nicht eindeutig feststellbar ist – am Praxissitz zu wählen. Der Patient ist für die gesamte Dauer der Behandlung an diese Wahl gebunden.

Der Vertragsarzt achtet darauf, dass die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" vollständig ausgefüllt wird und sendet das Original der Patientenerklärung sowie eine Kopie – bzw. im oben

beschriebenen Ausnahmefall die händisch erfassten Daten – der EHIC bzw. PEB unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse.

Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs (Kopie der EHIC bzw. PEB sowie Patientenerklärung) erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten.

Eine Kopie bzw. die händisch erfassten Daten der EHIC bzw. PEB sowie der Patientenerklärung 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, wobei der Aufenthalt in Deutschland nicht aus medizinischen Gründen erfolgt (z. B. Touristen, entsandte Arbeitnehmer, Studierende)
- › Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, wobei der Aufenthalt in Deutschland aus medizinischen Gründen erfolgt
- › 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 EU-/EWR-Staat oder der Schweiz versichert sind und vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten, sich in Deutschland behandeln zu lassen, müssen ihren Anspruchsnachweis (E 112 oder S2) vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort (s. Abschnitt 2.1) gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis (vgl. Anlage 4) eintauschen. Sofern der zuständige Träger Einschränkungen hinsichtlich des Behandlungsumfangs gemacht hat, kann diesem Anspruchsnachweis entnommen werden, auf welche Leistungen oder Leistungserbringer 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-/EWR-Staat oder der Schweiz 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 während ihrer Erwerbstätigkeit 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 (S3) zunächst bei der gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis eingetauscht werden.

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 eGK. 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 Verordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Rezept 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 Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt. Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln auf den entsprechenden Mustern 8, 8a, 13, 14, 15, 18 der Anlage 2/2a BMV-Ä. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä.

2.5 ÜBERWEISUNG ZUR FACHÄRZTLICHEN BEHANDLUNG

Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt als notwendig, stellt der erstbehandelnde Arzt dem im Ausland versicherten Patienten eine entsprechende Überweisung aus (Muster 6). Dies gilt sowohl für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, als auch für solche, die in Deutschland wohnen. Auf dem Überweisungsschein (Muster 6) sind die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse aufzutragen. Zusätzlich ist durch Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben.

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

Die beim erstbehandelnden Arzt gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse bleibt für die gesamte Behandlung zuständig.

2.6 VERORDNUNG VON KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, sind vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Einweisungsschein (Muster 2) der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und das dazugehörige Institutionskennzeichen aufzutragen. Zusätzlich ist durch Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass

es sich um einen EWR/CH-Fall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä.

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 (Muster 1) aus und händigt dem Patienten 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 Patient 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. 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 nach Anhang 1 der Anlage 4a BMV-Ä 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 Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä. Es ist darauf zu achten, dass die Kopie der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) eine hinreichende Bildqualität aufweist bzw. die ausnahmsweise händisch erfassten Daten lesbar sind und die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung vollständig ausgefüllt worden ist.

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 BEHANDLUNG OHNE VORLAGE EINES ANSPRUCHS- UND/ODER IDENTITÄTSNACHWEISES

Legt der im Ausland versicherte Patient keine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) und/oder keinen Identitätsnachweis vor, so ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. 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).

Das Honorar ist zu erstatten, wenn eine gültige PEB und/oder der Identitätsnachweis bis zum Ende des Quartals nach der ersten Inanspruchnahme (§ 18 Abs. 9 BMV-Ä) nachgereicht wird. Die EHIC ist in diesem Fall nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag nachgereicht wird.

Der Patient kann die PEB entweder selbst bei seinem zuständigen Träger im Heimatstaat anfordern oder durch eine gesetzliche deutsche Krankenkasse seiner Wahl anfordern lassen.

Der Patient füllt auch bei einer Privatrechnung die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" aus. Der Vertragsarzt bewahrt diese bis zum Ende des Quartals der ersten Inanspruchnahme auf. Da nur die EHIC bzw. die PEB in Kombination mit einem gültigen Identitätsnachweis zur direkten Inanspruchnahme eines Vertragsarztes berechtigen, ist der Arzt berechtigt, bei Vorlage eines anderen Anspruchsnachweises (z. B. Vordruck E 112, S2, E 121 oder S1) eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. In diesem Fall hat sich der Patient zunächst an eine aushelfende deutsche Krankenkasse seiner Wahl zu wenden, die dann einen entsprechenden Nationalen Anspruchsnachweis bzw. eine eGK ausstellen wird (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.3.2). Wird der Nationale Anspruchsnachweis bzw. die eGK bis zum Ende des Quartals nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Arzt verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten.

Wird eine EHIC bzw. PEB vorgelegt und ist für den Arzt erkennbar, dass sich der Patient nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Kostenträgers – eine ärztliche Behandlung zu erhalten, ist der Arzt ebenfalls berechtigt und verpflichtet, eine Vergütung nach GOÄ 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 ärztliche Hilfe beanspruchen. Im Einzelnen bestehen Abkommen mit folgenden Staaten:

- › Bosnien und Herzegowina
- › 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
- › DE/RM 111
- › D/MNE 111
- › DE 111 SRB
- › A/T 11
- › A/TN 11

in Betracht.

Die gewählte Krankenkasse stellt dann einen mit den notwendigen Angaben versehenen Nationalen Anspruchsnachweis aus. Der Vordruck enthält im Feld "Status" die Ziffer "7". Die von der Krankenkasse im Personalienfeld eingetragenen Angaben sind bei der Abrechnung zu übernehmen. Dies betrifft insbesondere den Namen und die Informationen des Statusfeldes, 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 eGK. Das Feld "Besondere Personengruppe" enthält die Ziffer "7".

Als Hinweis auf das Sozialversicherungsabkommen wird außerdem auf der Krankenversichertenkarte der Kassename um den Zusatz "/SVA" ergänzt.

3.2 LEISTUNGSUMFANG NACH ABKOMMENSRECHT

Die Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Arznei, Krankenhausbehandlung usw.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der zu behandelnde Patient bei der gewählten 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 Anspruchsumfanges 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 Nationale Anspruchsnachweis wie folgt gekennzeichnet:

„Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen nur bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung. „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 in der Regel einer besonderen Genehmigung des ausländischen Trägers der Krankenversicherung. Eine Honorarabrechnung über einen Nationalen Anspruchsnachweis der vom Patienten gewählten deutschen Krankenkasse ist daher in diesem Fall nur dann zulässig, wenn die Angaben der Krankenkasse zum Leistungsumfang auf dem Nationalen Anspruchsnachweis den Behandlungsfall zweifelsfrei abbilden. Andernfalls sollte der Patient 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, DE/MNE 112, D/RM 112, DE 112 SRB) von seinem zuständigen Träger erhalten, den er beim aushelfenden deutschen Träger vorlegen muss. Die deutsche Krankenkasse stellt einen Nationalen Anspruchsnachweis aus, auf dem sie den Leistungsumfang bestimmt.

3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland

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

3.3 VERORDNUNG VON ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELN

Arzneimittel dürfen auf Rechnung der aushelfenden deutschen Krankenkasse (auf Arzneiverordnungsblatt – Muster 16 –) nur verordnet werden, wenn auch das Arzthonorar der Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist (auf Grund des Nationalen Anspruchsnachweises, der eGK 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 im Feld Status die Ziffer “1” für die Versichertenart (FK 3108) und für die Angabe der “Besonderen Personengruppe” (FK 4131) die Ziffer “7” anzugeben (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld “Status” / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26). 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 (Muster 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 eGK vorlegen. Bei Personen, die einen Nationalen Anspruchsnachweis haben, muss der erstbehandelnde Arzt dem Anspruchsberechtigten die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16) bescheinigen. Nach Vorlage dieses Rezepts bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse wird diese einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausstellen.

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 der „sofort notwendigen Sachleistung“ bzw. der schon im anderen Staat begonnenen (vor Einreise nach Deutschland bereits bestehenden) Erkrankungen gelten auch für eine Behandlung im Krankenhaus. Auf dem Einweisungsschein (Muster 2) ist Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie Name und Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse anzugeben. Zusätzlich ist die Ziffer “1” für die Versichertenart (FK 3108) und für die Angabe der “Besonderen Personengruppe” (FK 4131) die Ziffer “7” (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld “Status” / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben. 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 (Muster 1) ist dem Patienten 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

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

Die Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a BMV-Ä 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 Auftragung der Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und der Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26) anzugeben, dass es sich um einen Patienten mit Nationalem Anspruchsnachweis handelt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Technischen Anlage der Anlage 4a BMV-Ä.

3.8 ÄRZTLICHE HILFE OHNE VORLAGE EINES NATIONALEN ANSPRUCHSNACHWEISES BZW. EINER EGK

Weist sich der Anspruchsberechtigte infolge Unkenntnis oder wegen der Dringlichkeit der Behandlung beim Arzt anstelle eines von einer deutschen Krankenkasse ausgestellten Nationalen Anspruchsnachweises bzw. einer eGK 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 Nationale Anspruchsnachweis bzw. die eGK bis zum Ende des Quartals nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Arzt verpflichtet, dem Betreffenden 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 Nationalen Anspruchsnachweis bzw. die eGK bei der vom Patienten zu wählenden deutschen Krankenkasse selbst zu besorgen. Dabei entfällt die Honorarzahlung durch den Patienten genauso, als ob ein Nationaler Anspruchsnachweis bzw. eine eGK übergeben würde. Trotz des Hinweises auf der Anspruchsbescheinigung sollte die Abrechnung in jedem Fall nach der GOÄ vorgenommen werden, wenn kein Nationaler Anspruchsnachweis bzw. keine eGK 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,

da sonst offen ist, ob das Honorar von der gewählten deutschen Krankenkasse übernommen werden kann.

ANLAGE 1: EUROPÄISCHE 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. Der Beschluss S2 der EU-Verwaltungskommission regelt die Gestaltung im Detail.

Nachfolgend sind die im Beschluss S2 festgelegten Muster der EHIC abgebildet. Informationen über Besonderheiten in Bezug auf einzelne Mitgliedstaaten finden Sie unter www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal_ehic_peb/informationsportal_rahmenseite.html

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.
- › 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.
- › dass jede anspruchsberechtigte Person eine eigene EHIC vorlegen muss.
- › dass die EHIC nicht zu akzeptieren ist, wenn sie nicht die nachfolgend aufgeführten Daten enthält.

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 Name und Vorname der Karteninhaberin/des Karteninhabers (Felder 3 und 4)

- › das Geburtsdatum der Karteninhaberin/des Karteninhabers (Feld 5)
- › die persönliche Kennnummer der Karteninhaberin/des Karteninhabers (Feld 6)
- › die Kennnummer des zuständigen Krankenversicherungsträgers (Feld 7)
- › die Kennnummer der Karte (Feld 8)
- › das Ablaufdatum der Karte (Feld 9)
- › Kürzel des Kartenausgabestaates (z. B. DE für Deutschland) im europäischen Emblem

Die in Europa zur Ausstellung einer EHC 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.

ANLAGE 2: PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG FÜR DIE EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG FÜR DIE EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

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

Ausgabemitgliedstaat

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

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)

Herausgeber: DVKA, Bonn

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.

05.10

ANLAGE 3: MUSTER PATIENTENERKLÄRUNG EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNG

Englisch

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.
on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes
Treating physician's name

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

Geschlecht
Sex

weiblich
female männlich
male

Anschrift im Heimatstaat
Address in home country
Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland oder **Durchreise**
Temporary address in Germany *or* **Passing through**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel. No./e-mail

Identität nachgewiesen durch **Reisepass** **Personalausweis**
Identity documented by **Passport** **ID card**

Nr. _____
No. _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten
 Patient's signature

Hinweis an den Arzt
 Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

(10.2018)

ANLAGE 4: NATIONALER ANSPRUCHSNACHWEIS

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Nationaler Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben	Anlage 3
Name, Vorname des Versicherten	geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum
vom

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

 bis

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

 in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Leistungsumfang in Deutschland

(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Überweisung: Eine unmittelbare Überweisung zu einem anderen Arzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt, bescheinigen Sie dies bitte auf einem Rezept (Muster 16). Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

Arzneimittelverordnung: Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

Heil- und Hilfsmittelverordnungen: Heil- und Hilfsmittelverordnungen werden auf den entsprechenden Mustern verordnet und sind durch den Patienten zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen. Tragen Sie bitte auf den Verordnungen „Leistung vorab durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Anspruch auf **alle** Sachleistungen

Anspruch auf **sofort** notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen **nur** bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen **nur** für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung
(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)

Anspruch **nur** für die Behandlung bei folgendem Arzt/folgender Ärztin

Sonstiges

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.
Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KV.

Datum

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

Kassenstempel / Unterschrift

Anlage 3 (10.2018)