
IM AUSLAND KRANKENVERSICHERTE

HINWEISE FÜR ARZTPRAXEN ZUR VERSORGUNG, DATENERFASSUNG
UND ABRECHNUNG MIT CHECKLISTE UND ANSICHTSBEISPIELEN

INHALT

IM AUSLAND KRANKENVERSICHERTE	3
Um diese Herkunftsländer geht es	3
Grundsätzliche Hinweise	3
<hr/>	
EU, EWR, SCHWEIZ, UK	4
Ablauf bei akut medizinisch notwendiger Behandlung	4
Ablauf bei Einreise für eine geplante und vorab genehmigte Behandlung	7
<hr/>	
LÄNDER MIT BILATERALEM ABKOMMEN	8
Ablauf bei akut medizinisch notwendiger Behandlung	8
Ablauf bei Einreise für eine geplante und vorab genehmigte Behandlung	9
<hr/>	
CHECKLISTE FÜR ARZTPRAXEN	10
Ansichtsbeispiel: Provisorische Ersatzbescheinigung	11
Ansichtsbeispiel: Nationaler Anspruchsnachweis	12
Ansichtsbeispiel: Patientenerklärung Deutsch/Englisch	13
Ansichtsbeispiel: Dokumentation des Behandlungsanspruchs	14
<hr/>	
SERVICE	15
Impressum	15

IM AUSLAND KRANKENVERSICHERTE

Für Personen, die im Ausland gesetzlich krankenversichert sind, gelten besondere Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung. Grund sind die EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie bilaterale Abkommen mit einzelnen Staaten. Wissenswertes zur Versorgung der genannten Patientengruppen stellt diese PraxisInfoSpezial vor.

UM DIESE HERKUNFTSLÄNDER GEHT ES

<p>Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland, Zypern</p> <p>(nachfolgend: EU, EWR, Schweiz, UK)</p>	<p>Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei</p> <p>(nachfolgend: Länder mit bilateralem Abkommen)</p>
<p>Rechtsgrundlage: EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit</p>	<p>Rechtsgrundlage: bilaterales Abkommen der Bundesrepublik mit dem jeweiligen Land</p>

GRUNDSÄTZLICHE HINWEISE

- › Entscheidend ist stets das Herkunftsland, in dem die Person krankenversichert ist, auch wenn die Person gegebenenfalls aus einem anderen Land einreist.
 - › Bei Personen aus Ländern, die in der Tabelle nicht genannt sind, werden die Leistungen grundsätzlich privat abgerechnet.
 - › Diese PraxisInfoSpezial ist ein Service der KBV für vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Praxen. Ausführliche Hinweise und Rechtsgrundlagen stellt die KBV auf Anfrage in einem separaten umfassenderen Dokument bereit (E-Mail: KBVSicherstellung@kbv.de).
-

EU, EWR, SCHWEIZ, UK

Diese Personen können aus zwei Gründen vertragsärztliche Leistungen in Anspruch nehmen:

- › Medizinische Behandlung, die akut notwendig ist und nicht bis zur Rückreise ins Heimatland aufgeschoben werden kann (nachfolgend: Ablauf bei akut medizinisch notwendiger Behandlung)
- › Medizinische Behandlung mit vorheriger Genehmigung der Krankenkasse im Heimatland (nachfolgend: Ablauf bei Einreise für eine geplante und vorab genehmigte Behandlung)

ABLAUF BEI AKUT MEDIZINISCH NOTWENDIGER BEHANDLUNG

Anspruch

Die Person hat Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen, damit die Person nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen dort zu erhalten.



Hier finden Praxen Informationen, die im konkreten Fall bei der Beurteilung hilfreich sein können:
www.dvka.de / Leistungserbringer / Leistungsumfang.

Die Person kann einen der folgenden Anspruchsnachweise vorlegen:

- › EHIC – Europäische Krankenversichertenkarte
- › GHIC – Global Health Insurance Card
- › PEB – Provisorische Ersatzbescheinigung
- › Nationaler Anspruchsnachweis ausgestellt von der aushelfenden deutschen Krankenkasse

So sehen die Anspruchsnachweise aus:

EHIC – Beispielansicht der Karte:



PEB – Beispielausschnitt (komplett siehe Seite 11):

PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

gemäß Anhang II des Beschlusses Nr. S2
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Ausgabemitgliedstaat

1. 2.

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:
4. Vornamen:
5. Geburtsdatum: .../.../.....
6. Persönliche Kennnummer:

GHIC – Beispielansicht der Karte:



Nationaler Anspruchsnachweis – Beispielausschnitt (komplett siehe Seite 12)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Nationaler Anspruchsnachweis
für die Behandlung von Personen,
die nach über- und zwischenstaatlichen
Vorschriften Anspruch auf
vertragsärztliche Versorgung haben**

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum
vom bis in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Wahl einer deutschen Krankenkasse

Die ausländische Person muss eine aushelfende Krankenkasse am deutschen Aufenthaltsort wählen. Ist dieser Ort (z. B. bei Durchreise) nicht eindeutig feststellbar, ist eine Krankenkasse am Praxissitz zu wählen. Die Person ist für die gesamte Dauer der Behandlung und gegebenenfalls Folgebehandlungen an diese Krankenkassenwahl gebunden.



Eine Liste aller gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ist beim GKV-Spitzenverband abrufbar: [www.gkv-spitzenverband.de / Service / Krankenkassenliste](http://www.gkv-spitzenverband.de/Service/Krankenkassenliste).

Patientenerklärung: Aufnahme und Verarbeitung der Patientendaten

- › Die Praxis wählt im Praxisverwaltungssystem die „Patientenerklärung europäische Krankenversicherung“ und druckt diese aus. Die Patientenerklärung liegt in zahlreichen Fremdsprachen vor (Ansichtsexemplar Deutsch/Englisch siehe Seite 13).
- › Die ausländische Person füllt die Patientenerklärung vollständig aus und unterschreibt. Es ist einzutragen, wie lange sich die ausländische Person voraussichtlich in Deutschland aufhält.
- › Die Praxis prüft die Identität anhand des vorgelegten offiziellen Ausweisdokumentes.
- › Der Name der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes wird eingetragen, der Arzt oder die Ärztin bestätigt die Identitätsprüfung auf der Patientenerklärung mit Stempel und Unterschrift.
- › Die Praxis übermittelt der von der ausländischen Person gewählten deutschen Krankenkasse unverzüglich (nicht erst mit der Quartalsabrechnung) eine Kopie der EHIC/GHIC/PEB sowie die Original-Patientenerklärung.
- › In der Praxis verbleibt eine Zweitkopie der EHIC/GHIC/PEB sowie die Kopie der Patientenerklärung (Aufbewahrungsfrist: 2 Jahre).

Nach Ablauf der benannten Aufenthaltsdauer oder bei erneuter Behandlung nach mehr als drei Monaten ist die Patientenerklärung erneut auszufüllen und zusammen mit der Kopie der EHIC/GHIC/PEB an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übermitteln.

Weitere Angaben, die im Praxisverwaltungssystem aufzunehmen sind:

- › gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse (Name und Institutionskennzeichen)
- › als Versichertenart 1 (versicherungspflichtig)

- › als besondere Personengruppe Ziffer 07 für die Kennzeichnung als Behandlungsfall im Rahmen zwischenstaatlicher Versorgung

Besonderheiten bei Vorlage eines Nationalen Anspruchsnachweises

Bei Personen aus EU, EWR, Schweiz und UK kreuzt die aushelfende Krankenkasse auf dem Nationalen Anspruchsnachweis das Feld „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer (entspricht EHIC/GHIC/PEB)“ an, um eine gleichwertige Versorgung wie bei Vorlage einer EHIC/GHIC/PEB abzubilden.

Die Praxis muss den Nationalen Anspruchsnachweis nicht an die aushelfende deutsche Krankenkasse übermitteln, da dort die erforderlichen Informationen vor Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises vorgelegt wurden. Dieser verbleibt als Original in der Praxis beziehungsweise im fahrenden Bereitschaftsdienst beim Arzt oder der Ärztin (Aufbewahrungsfrist: 2 Jahre).

Leistungen

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung

Praxen verwenden die üblichen vertragsärztlichen Formulare. Für Arzneimittelverordnungen nutzen sie das Papierrezept (Muster 16) – das eRezept kommt für den Personenkreis nicht in Betracht.

Verordnungen können direkt zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse eingelöst werden. Nur bei Personen mit einem Nationalen Anspruchsnachweis sind Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie weitere Verordnungen – mit Ausnahme von Arzneimittelrezepten – der jeweiligen Krankenkasse vorab zur Genehmigung vorzulegen.

Überweisung

Praxen verwenden hierfür den Überweisungsschein (Muster 6). Personen mit einem Nationalen Anspruchsnachweis sind darauf hinzuweisen, dass sie den Überweisungsschein zuerst der deutschen Krankenkasse vorlegen müssen.

Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) wird als Papiausdruck erzeugt und die ausländische Person erhält alle drei Ausfertigungen. Im Adressfeld gibt die Praxis bei „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ die von der Person gewählte deutsche Krankenkasse an; es erfolgt keine elektronische Übermittlung der Daten von der Praxis an die Krankenkasse.

Abrechnung

Ärztinnen und Ärzte rechnen ihre Leistungen bei vorgelegtem Anspruchsnachweis über ihre Kassenärztliche Vereinigung ab.

Fehlt der Anspruchsnachweis, informiert die Praxis die Person darüber, dass sie eine Privatabrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhält und die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nur auf Privat Rezept erfolgen kann.

Reicht die Person spätestens zum Quartalsende eine provisorische Ersatzbescheinigung (mit Identitätsnachweis zum Datenabgleich) nach, erhält sie das Honorar erstattet. Die Praxis rechnet die Leistungen dann über ihre Kassenärztliche Vereinigung ab. Die EHIC oder die GHIC sind von der Praxis nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag nachgereicht werden.

Das gilt im fahrenden Bereitschaftsdienst

Es ist ratsam, eine Fassung der Patientenerklärung im ärztlichen Einsatzkoffer mitzuführen – beispielsweise die Version Deutsch/Englisch.

Wenn es nicht möglich ist, das Original der EHIC, GHIC oder PEB im fahrenden Bereitschaftsdienst zu kopieren, gibt es zwei Möglichkeiten:

- › Der Arzt oder die Ärztin erfasst formlos händisch die Daten, die auf der EHIC, GHIC oder PEB stehen (Ansichtsbeispiel siehe Seite 4), dazu die entsprechenden Ordnungsnummern 3. bis 9. und die Feldbezeichnung sowie das Herkunftsland – bei einer PEB auch die Gültigkeitsdauer und das Ausgabedatum.
- › Der Arzt oder die Ärztin verwendet das Formular „Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten“, das über die Kassenärztliche Vereinigung bereitgestellt wird (Ansichtsexemplar siehe Seite 14).

ABLAUF BEI EINREISE FÜR EINE GEPLANTE UND VORAB GENEHMIGTE BEHANDLUNG

Für die geplante Behandlung einer Erkrankung in Deutschland muss die Person grundsätzlich vor ihrer Einreise eine Genehmigung des zuständigen Kostenträgers im Herkunftsland einholen (Formular PD S2). Diese Genehmigung tauscht sie bei einer selbst gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort in einen Nationalen Anspruchsnachweis um, den sie dann in der Praxis vorlegt.

Der Leistungsumfang kann auf dem Nationalen Anspruchsnachweis eingeschränkt sein, beispielsweise

- › auf eine bestimmte Erkrankung oder
- › auf einen bestimmten Arzt / eine bestimmte Praxis.

Der vertragsärztliche Leistungsumfang richtet sich nach den Vorgaben, die der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger bei seiner Genehmigung zur Behandlung in Deutschland festgelegt hat. Diese Vorgaben werden von der gewählten aushelfenden deutschen Krankenkasse bei der Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises berücksichtigt und auf diesem vermerkt.

LÄNDER MIT BILATERALEM ABKOMMEN

Bilaterale Abkommen über soziale Sicherheit bestehen aktuell zwischen Deutschland sowie Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien und der Türkei. Durch diese Abkommen können Bürgerinnen und Bürger dieser Länder vertragsärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Ihren Anspruch weisen sie über den Nationalen Anspruchsnachweis nach (Abbildung siehe Seite 12).

Anspruch

Nur in diesen Fällen besteht Anspruch auf vertragsärztliche Leistungen:

- › Bei Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung oder bei ungeplanter Behandlung einer akut aufgetretenen Erkrankung (nachfolgend: Ablauf bei akut medizinisch notwendiger Behandlung)
- › Bei Einreise zur Behandlung einer bestehenden Erkrankung, die die Krankenkasse im Heimatland genehmigt hat (nachfolgend: Ablauf bei Einreise für eine geplante und vorab genehmigte Behandlung)

ABLAUF BEI AKUT MEDIZINISCH NOTWENDIGER BEHANDLUNG

Der Anspruch ist auf dem Nationalen Anspruchsnachweis geregelt. Er gilt nur für sofort notwendige Sachleistungen und bei Beschwerden, die bereits im Heimatstaat bestanden und sich akut verschlechtert haben. Auch nicht aufschiebbare Behandlungen von chronischen Erkrankungen oder im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft können zulässig sein. Der Behandlungsumfang wird auf dem Nationalen Anspruchsnachweis von der aushelfenden deutschen Krankenkasse festgelegt.

Bei der Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen ist ein strenger Maßstab anzulegen. Voraussetzung ist, dass der Gesundheitszustand der Person eine vertragsärztliche Behandlung sofort erforderlich macht. Leistungen, die bis zur Rückkehr in den Heimatstaat zurückgestellt werden können, dürfen nicht durchgeführt werden.

Wahl einer deutschen Krankenkasse

Die ausländische Person muss eine aushelfende Krankenkasse am deutschen Aufenthaltsort wählen. Ist dieser Ort (z. B. bei Durchreise) nicht eindeutig feststellbar, ist eine Krankenkasse am Praxissitz zu wählen. Die Person ist für die gesamte Dauer der Behandlung und gegebenenfalls Folgebehandlungen an diese Krankenkassenwahl gebunden.



Eine Liste aller gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ist beim GKV-Spitzenverband abrufbar: www.gkv-spitzenverband.de / Service / Krankenkassenliste.

Leistungen

Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung

Praxen verwenden die üblichen vertragsärztlichen Formulare. Für Arzneimittelverordnungen nutzen sie das Papierrezept (Muster 16) – das eRezept kommt für den Personenkreis nicht in Betracht. Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie weitere Verordnungen – mit Ausnahme von Arzneimittelrezepten – sind der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorab zur Genehmigung vorzulegen.

Überweisung

Praxen verwenden hierfür den Überweisungsschein (Muster 6) und weisen die Person darauf hin, dass sie den Überweisungsschein zuerst der deutschen Krankenkasse vorlegen muss.

Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) wird auf Papier ausgedruckt und die Person erhält alle drei Ausfertigungen – es erfolgt keine elektronische Übermittlung der Daten von der Praxis an die Krankenkasse.

Im Adressfeld gibt die Praxis unter „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ die von der Person gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse an. Sie weist die Person darauf hin, dass diese die Bescheinigung der von ihr gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse unverzüglich – spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen – vorlegen muss. So kann die Krankenkasse die Bescheinigung in eine AU-Mitteilung für den ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger umwandeln.

Abrechnung

Bei vorgelegtem Nationalen Anspruchsnachweis rechnen Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung ab. Fehlt der Anspruchsnachweis, erhält die Person eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei nachträglicher Vorlage des Anspruchsnachweises ist eine Erstattung möglich.

ABLAUF BEI EINREISE FÜR EINE GEPLANTE UND VORAB GENEHMIGTE BEHANDLUNG

Auch wenn jemand nach Deutschland reist, um eine bestehende Erkrankung behandeln zu lassen, wird der Versorgungsumfang im Nationalen Anspruchsnachweis begrenzt.

Eine Patientenerklärung ist nicht erforderlich. Die Praxis muss den Nationalen Anspruchsnachweis auch nicht an die aushelfende deutsche Krankenkasse übermitteln, da dort die erforderlichen Informationen vor Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises vorgelegt wurden.

Checkliste für Arztpraxen

ZUR VERWENDUNG BEI PERSONEN, DIE IM AUSLAND KRANKENVERSICHERT SIND

Identitätsnachweis:

- Ausweis, Reisepass
- Wird nachgereicht bis: _____
- Kann nicht nachgereicht werden / ist nicht vorhanden

Vorliegender Krankenversicherungsnachweis und Patientenerklärung:

- Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) oder Global Health Insurance Card (GHIC) oder Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB):
 - Patientenerklärung im Praxisverwaltungssystem ausgewählt, ausgedruckt und unterschreiben lassen
 - Identitätsnachweis mit der Patientenerklärung abgeglichen
 - Zweitkopie des Identitätsnachweises für die eigene Praxis angefertigt (Aufbewahrungsfrist: 2 Jahre)
 - Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse dokumentiert
 - Name des behandelnden Arztes auf Patientenerklärung ergänzt
 - Identitätsabgleich bestätigt durch Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes im unteren Abschnitt der Patientenerklärung
 - Kopie der Patientenerklärung für die Praxis angefertigt bzw. abgespeichert zur Dokumentation (Aufbewahrungsfrist: 2 Jahre)
 - Original der Patientenerklärung mit Kopie der EHIC/GHIC/PEB an aushelfende deutsche Krankenkasse geschickt
- Nationaler Anspruchsnachweis der deutschen Krankenkasse mit angekreuztem Feld „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“:
 - Identität abgeglichen
 - Nationaler Anspruchsnachweis im Original in der Praxis abgelegt/abgespeichert (Aufbewahrungsfrist: 2 Jahre)
 - Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse: _____

Kein Krankenversicherungsnachweis

- Ist generell nicht vorhanden
- Wird nachgereicht bis: _____
- Kopie der Patientenerklärung in Praxis abgelegt/abgespeichert (Aufbewahrungsfrist: 2 Jahre)

Abrechnung

- Kassenärztliche Vereinigung
- GOÄ mit Erstattung bei nachgereichtem Nachweis
- Generell GOÄ

ANSICHTSBEISPIEL: PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang II des Beschlusses Nr. 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

Ausgabedatum der Bescheinigung

a) Von: .../.../.....
b) bis .../.../.....

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.

ANSICHTSBEISPIEL: NATIONALER ANSPRUCHSNACHWEIS

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Nationaler Anspruchsnachweis
für die Behandlung von Personen,
die nach über- und zwischenstaatlichen
Vorschriften Anspruch auf
vertragsärztliche Versorgung haben**

Anlage 3

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 mit- bzw. weiterbehandelnden Vertragsarzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen Vertragsarzt, bescheinigen Sie dies bitte auf dem Muster 6 und tragen dort „Überweisung ist vor Inanspruchnahme des mit- bzw. weiterbehandelnden Vertragsarztes der Krankenkasse vorzulegen“ auf. 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

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer (entspricht bei EU/EWR/CH/UK Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) / Global Health Insurance Card (GHIC) / Provisorischer Ersatzbescheinigung (PEB))

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

ANSICHTSBEISPIEL: DOKUMENTATION DES BEHANDLUNGSANSPRUCHS

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

Nur zu verwenden von Vertragsärzten im fahrenden Notdienst bei ambulanter Behandlung vor Ort, wenn EHIC oder PEB nicht kopiert bzw. in anderer geeigneter Weise erfasst werden können.

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

Staat der EHIC/PEB ausstellt (Länderkennzeichen befindet sich im Europäischen Emblem)

Patient (die Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der EHIC bzw. der PEB)

3. Name	_____
4. Vorname	_____
5. Geburtsdatum	TTMMJJJJ
6. Persönliche Kennnummer	_____
7. Kennnummer des ausländischen Trägers	_____ - _____
8. Kennnummer der Karte	_____
9. Ablaufdatum	TTMMJJJJ

Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung
a) vom TTMMJJJJ
b) bis TTMMJJJJ
Ausgabedatum der Bescheinigung
c) vom TTMMJJJJ

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anlage

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Die Originale bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

(10.2018)

SERVICE

Weiterführende Informationen für Praxen:

- › KBV-Themenseite Auslandskrankenversicherte: www.kbv.de/html/8634.php
- › Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA): www.dvka.de / Leistungserbringer

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ **PraxisWissen**
➤ **PraxisWissenSpezial**
Themenhefte für
Ihren Praxisalltag
Abrufbar und kostenfrei
bestellbar unter:
www.kbv.de/838223



➤ **PraxisInfo**
➤ **PraxisInfoSpezial**
Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis
Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ **PraxisNachrichten**
Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App
Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-0, Fax: 030 4005-1590
info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion:

Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Fachliche Betreuung:

Abteilung Sicherstellung

Stand:

August 2024

Hinweise:

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.