



### I. Patienten aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz:

#### Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte

Mit der Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC, für „European Health Insurance Card“) zum 1. Juli 2004 hat sich für viele im Ausland krankenversicherte Patienten der Zugang zur medizinischen Behandlung deutlich erleichtert.

Kommt ein Patient, der im EWR-Ausland oder der Schweiz versichert ist, in die Praxis, legt er seine Europäische Krankenversicherungskarte bzw. eine „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte“ (Provisorische Ersatzbescheinigung, kurz PEB, siehe auch Abbildungen als Anlage) als Anspruchsnachweis vor.

Beides gilt für Versicherte, die sich **vorübergehend** in Deutschland aufhalten und bei denen der Aufenthalt nicht aus medizinischen Gründen erfolgt (z. B. Touristen, Studenten, entsandte Arbeitnehmer).

**Hinweis:** Patienten aus den EWR-Staaten und der Schweiz, die ihren Wohnort in Deutschland haben, können bei der Krankenkasse ihrer Wahl eine deutsche Versichertenkarte beantragen und haben damit Zugang zu allen GKV-Leistungen.

#### Welche regionalen Sonderleistungen sind betroffen?

Betroffen sind in unterschiedlichem Umfang sechs Sonderleistungen: die Rheumaverbarung mit der AOK Berlin, der AIDS-Zuschlag, Home Care, „Delegierbare Leistungen im Rahmen der Home-Care-Betreuung“, IKK-Home-Check und das Hautscreening. Welche Kassen diese Leistungen weiterhin vergüten, ist in der Anlage aufgeführt.

#### Folgende Staaten der Europäischen Union und aus dem sogenannten Europäischen Wirtschaftsraum nehmen an den Verfahren teil:

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

**Achtung:** Patienten, die in anderen Ländern versichert sind oder ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Muster E 112 oder E 121), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse, die dann einen Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) ausstellt.

#### Informationen zum Leistungsumfang

Die Patienten haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Das heißt: Eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung (z. B. Virusinfektion, Armbruch) wird über die Karte abgedeckt, aber auch beispielsweise eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker oder eine ggf. anstehende Früherkennungsuntersuchung, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann. **Auch die Weiterbehandlung einer Erkrankung ist möglich, wenn diese nicht Zweck der Einreise nach Deutschland war. Zum Leistungsumfang gehören auch Leistungen, die die KV Berlin über Sonderverträge mit den Kassen vereinbart hat.**

**Hinweis:** Die ärztlichen Leistungen (Kopien/Portokosten) werden außerhalb des RLV und der QZV zum vollen EBM-Preis vergütet.

Wenn sich der Patient ausdrücklich Leistungen wünscht, die über den durch die EHIC abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, dokumentieren Sie die Wahl des Patienten und rechnen die Mehrleistungen auf Basis der GOÄ privat ab.

### Teilnehmende Staaten

### Vergütung erfolgt extrabudgetär

**Checkliste für die Praxis:****Patienten aus den Staaten des EWR und der Schweiz**

- 1) Ein Patient aus einem EWR-Staat oder der Schweiz kommt in die Praxis und legt eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Ersatzbescheinigung (PEB) sowie einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.
- 2) Sie kopieren die EHIC bzw. die PEB und den Identitätsnachweis des Patienten jeweils zweimal.  
**Alternativ:** Wenn keine Möglichkeit besteht, die Dokumente zu kopieren, kann der Patient seinen Behandlungsanspruch auch schriftlich bestätigen. Dazu füllt er das Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten) aus, das Sie anschließend abstempeln und unterschreiben.
- 3) Lassen Sie vom Patienten das Muster 81 (Erklärung des Patienten) ausfüllen und unterschreiben. Auf diesem Muster muss der Patient die von ihm gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse angeben. Sie können dem Patienten natürlich auch eine Krankenkasse vorschlagen.
- 4) Sie ziehen die Praxisgebühr von 10 Euro ein und beginnen mit der Behandlung.
- 5) Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB und die Kopie des Identitätsnachweises (oder alternativ das Muster 80) sowie das Muster 81 möglichst schnell an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopien/Durchschläge verbleiben bei Ihnen und müssen von Ihnen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.
- 6) Sie rechnen die Kosten für die Behandlung über die KV Berlin nach den Regelungen des Ersatzverfahrens ab. Das heißt:
  - Sie stellen einen Abrechnungsschein (Muster 5) aus.
  - Im Adressfeld tragen Sie nur Namen, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein.
  - In das Feld Status fügen Sie die Ziffer „10007“ ein.

**Hinweis:** Zusätzlich sind für die Fotokopien die GOP 40144 und für die Versendung der Unterlagen die GOP 40120 berechnungsfähig. Und wenn der Patient keinen gültigen Anspruchsnachweis vorlegen kann? Dann sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern (siehe auch Checkliste auf Seite 5).

**Überweisung, Arbeitsunfähigkeit & Co.**

**Überweisungen:** Auch bei Überweisungen tragen Sie im Statusfeld die Ziffer „10007“ ein. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die beim erstbehandelnden Arzt gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse.

**Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit:** Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) aus – genauso wie für in Deutschland gesetzlich versicherte Patienten. Das Original bekommt der Patient. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

**Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln:** Diese Verordnungen erfolgen auf den üblichen Formularen. Bitte tragen Sie unter Status im Adressfeld die Ziffer „10007“ ein. Bei der Verordnung von Heilmitteln auf den Mustern 13, 14 oder 18 kreuzen Sie zusätzlich das Feld „EWR/CH“ (= Europäischer Wirtschaftsraum/Schweiz) an.

**Krankenhausbehandlungen:** Ist eine Krankenhausbehandlung notwendig, tragen Sie auf dem Einweisungsschein (Muster 2) den Namen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld die Ziffer „10007“ ein.

Bei Rückfragen steht Ihnen das Service-Center der KV Berlin telefonisch unter der Rufnummer 31003-999 zur Verfügung.

**Herkunftsland des Patienten:**

Belgien  
Bulgarien  
Dänemark  
Estland  
Finnland  
Frankreich  
Griechenland  
Großbritannien  
Irland  
Island  
Italien  
Lettland  
Liechtenstein  
Litauen  
Luxemburg  
Malta  
Niederlande  
Norwegen  
Österreich  
Polen  
Portugal  
Rumänien  
Schweden  
Schweiz  
Slowakei  
Slowenien  
Spanien  
Tschechien  
Ungarn  
Zypern (griech. Teil)

**Ansprechpartner**

## II. Patienten aus aus Ländern mit bilateralem Abkommen: Abrechnungsschein

Ein Patient, der auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall oder bei einer Mutterschaft hat, kann ebenfalls bei seinem Aufenthalt in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen.

### Mit folgenden Staaten besteht ein entsprechendes Abkommen:

Bosnien und Herzegowina, Israel (nur für Leistungen bei Mutterschaft), Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien.

### Informationen zum Leistungsumfang:

Hier ist der Umfang der Leistungen deutlich eingeschränkter als bei Patienten aus EWR-Staaten oder der Schweiz. Achten Sie deshalb auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind:

- Bei Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, dürfen Sie die Leistungen nur erbringen, wenn der Zustand des Patienten eine ärztliche Behandlung sofort erforderlich macht, d.h. die Leistungen nicht bis zur Rückkehr in den anderen Staat zurückgestellt werden können. Deshalb ist auf dem Abrechnungsschein von der gewählten Krankenkasse „Für sofort notwendige Leistungen“ vermerkt. Als 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 Untersuchung 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).
- Patienten, die mit einer bereits bestehenden Erkrankung eingereist sind, können nur dann vertragsärztliche Hilfe beanspruchen, wenn der ausländische Träger dies genehmigt hat. Die deutsche Krankenkasse streicht dann den Passus „Für sofort notwendige Leistungen“ auf dem Abrechnungsschein.

**Hinweis:** Wenn Sie feststellen, dass der Patient im Rahmen einer bereits vor Einreise nach Deutschland bestehenden Erkrankung behandlungsbedürftig ist (z.B. Insulin benötigt), können Sie sich auch, um Zeit zu sparen, direkt mit der aushelfenden Krankenkasse in Verbindung setzen und klären, ob die Kasse die Behandlungskosten übernimmt. Lassen Sie sich in diesem Fall die Zusage schriftlich per Fax bestätigen.

Wohnt der Patient in Deutschland, bekommt er eine Krankenversichertenkarte der gewählten deutschen Krankenkasse und hat Anspruch auf alle medizinisch notwendigen ärztlichen Sachleistungen.

**Hinweis:** Die ärztlichen Leistungen werden nach dem EBM außerhalb des RLV und der QZV vergütet.

**Vergütung erfolgt  
extrabudgetär**



## Checkliste für die Praxis:

### Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen

- 1) Der Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Abrechnungsschein der gewählten deutschen Krankenkasse vor.
- 2) Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.
- 3) Sie erfassen den Abrechnungsschein.
- 4) Sie ziehen die Praxisgebühr von 10 Euro ein und beginnen mit der Behandlung.

**Hinweis:** Und wenn der Patient keinen gültigen Anspruchsnachweis vorlegen kann? Dann sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern (siehe auch Checkliste auf Seite 5).

### Überweisung, Arbeitsunfähigkeit & Co.

**Überweisungen:** Unmittelbare Überweisungen (auf dem Muster 16) zu einem weiteren Arzt sind nur möglich, wenn der Patient eine Krankenversichertenkarte der deutschen aushelfenden Krankenkasse vorlegt – also in Deutschland wohnt.

Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

**Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit:** Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) aus – genauso wie für in Deutschland gesetzlich versicherte Patienten. Das Original bekommt der Patient. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

**Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln:** Diese Verordnungen erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16). Bitte tragen Sie unter Status im Adressfeld die Ziffer „10007“ ein. Weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel ggf. vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

**Krankenhausbehandlungen:** Ist eine Krankenhausbehandlung notwendig, tragen Sie auf dem Einweisungsschein (Muster 2) die im Abrechnungsschein von der aushelfenden deutschen Krankenkasse angegebene Statusnummer ein.

Bei Rückfragen steht Ihnen das Service-Center der KV Berlin telefonisch unter der Rufnummer 31003-999 zur Verfügung.

### Herkunft des Patienten:

**Bosnien  
Herzegowina  
Israel (Mutterschaft)  
Kroatien  
Mazedonien  
Montenegro  
Serbien  
Türkei  
Tunesien**

### Ansprechpartner



## Checkliste für die Praxis:

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

Legt der Patient keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte bzw. Ersatzbescheinigung und den Identitätsnachweis oder einen Abrechnungsschein vor, sind Sie berechtigt und verpflichtet, vom Patienten eine Vergütung nach GOÄ zu fordern.

- 1) Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.
- 2) Sie informieren den Patienten, dass er sich an eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis (EHIC/PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten – wenn mit dem Heimatland des Patienten ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht (zugehörige Länder s.o. unter I. und II.).  
Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (z.B. Muster E 112 oder E 121), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten sie einen Abrechnungsschein.
- 3) Wenn der Patient den Anspruchsnachweis innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachreicht, sind Sie verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten.
- 4) Wenn Sie dem Patienten Ihr Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung stellen, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

Bei Rückfragen steht Ihnen das Service-Center der KV Berlin telefonisch unter der Rufnummer 31003-999 zur Verfügung.

**Ansprechpartner**

# Europäische Krankenversicherungskarte (Muster)



## Formular „Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Versicherungskarte“ (Muster: Originalgröße DIN A4)

Anlage 2

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003 betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vordruckes:  Ausgabemitgliedstaat:  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) vom:  b) bis:

c) Ausgabedatum der Bescheinigung:

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.

06.04