

Merkblatt

*über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland
krankenversichert sind*

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

Stand: 01.04.2006

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Absprache mit der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) dieses Merkblatt ausgearbeitet. Es soll dem Arzt Hinweise für solche Fälle geben, in denen Versicherte ausländischer Träger der Sozialversicherung und deren Familienangehörige aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften ärztliche Hilfe in Deutschland benötigen.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeines
- 2 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach **EG-Recht**
 - 2.1 Anspruchsnachweise nach EG-Recht
 - 2.2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten
 - 2.3 Leistungsumfang nach EG-Recht
 - 2.3.1 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland
 - 2.3.2 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland zum Zwecke der Behandlung
 - 2.3.3 Leistungsumfang nach EG-Recht bei Wohnort in Deutschland
 - 2.4 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
 - 2.5 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung
 - 2.6 Verordnung von Krankenhausbehandlung
 - 2.7 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - 2.8 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen
 - 2.9 Ärztliche Behandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises
 - 2.10 Schnellübersicht und Checkliste
- 3 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach **Abkommensrecht**
 - 3.1 Anspruchsnachweise nach Abkommensrecht
 - 3.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht
 - 3.2.1 Leistungsumfang nach Abkommensrecht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland
 - 3.2.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Einreise nach Deutschland mit bestehender Erkrankung
 - 3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland
 - 3.3 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
 - 3.4 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung
 - 3.5 Verordnung von Krankenhausbehandlung
 - 3.6 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - 3.7 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen
 - 3.8 Ärztliche Behandlung ohne Vorlage eines Abrechnungsscheins bzw. einer Krankenversichertenkarte
 - 3.9 Schnellübersicht und Checkliste
- 4 Sonderregelung für im Ausland versicherte Rheinschiffer

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, Krankenhausbehandlung:

- Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit
- Deutsch-israelisches Abkommen über Soziale Sicherheit (nur für Mutterschaft)
- Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit¹
- Deutsch-kroatisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-mazedonisches Regierungsabkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-türkisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-tunesisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Übereinkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer

Die nach diesen Regelungen zu erbringende vertragsärztliche Behandlung gehört zu den Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

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

2 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach EG-Recht

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

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

2.1 Anspruchsnachweise nach EG-Recht

Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme ist, dass die zu behandelnde Person im Besitz eines vom ausländischen Versicherungsträger (= zuständiger Träger) ausgestellten Anspruchsnachweises ist. Sofern die im EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherte Person

- ihren **Wohnort** in Deutschland hat (siehe Abschnitt 2.3.3) oder
- mit Genehmigung des zuständigen Trägers (Vordruck E 112) **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. Eine Person, die ihren Wohnort in Deutschland hat, benötigt hierzu – abhängig vom Versichertenstatus – einen der folgenden Anspruchsnachweise: E 106, E 109, E 120, E 121. Sie erhält dann in der Regel eine Krankenversichertenkarte. Der Kassename auf dem Chip der ggf. auszustellenden Krankenversichertenkarte ist um den Zusatz "/SVA" ergänzt (z. B. "AOK Westfalen-Lippe/ SVA"). Außerdem ist im Feld "Status" die Ziffer "7" oder "8" eingetragen.

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, vgl. Anlage 2.

Die Versicherten der schweizerischen Krankenversicherungsträger erhalten – abweichend von dem in Anlage 1 abgebildeten Muster – eine Karte, auf der das "europäische Emblem" (Kranz aus 12 Sternen) fehlt.

Versicherte, die dem belgischen Sondersystem für Selbständige angehören, legen ggf. eine EHIC oder eine provisorische Ersatzbescheinigung vor, auf der "E 111 B" vermerkt ist. Entgegen früherer Regelungen sind die Leistungsansprüche dieser Personen nicht besonders eingeschränkt.

Derzeit ist auch noch der Vordruck E 128, vgl. Anlage 3, im Umlauf, der bis 31.05.2004 ausgestellt werden durfte und ebenfalls zur direkten Leistungsanspruchnahme berechtigt. Auf der Basis dieser Bescheinigung, die für entsandte Arbeitnehmer und Studenten ausgestellt wurde, können für den gesamten darauf angegebenen Gültigkeitszeitraum Leistungen erbracht werden.

2.2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten

Versicherte eines anderen EWR-Mitgliedstaats 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 einen Vertragsarzt wenden.

Da der Anspruchsnachweis (EHIC oder provisorische Ersatzbescheinigung) nicht einbehalten werden darf, ist der vom Patienten geführte Nachweis zu dokumentieren. Hierfür sind Daten aus dem Anspruchsnachweis und dem Identitätsnachweis in das Vordruckmuster 80 (vgl. Anlage 4) zu übertragen. Wenn ein gültiger Vordruck E 128 vorgelegt wird, muss oben auf der Dokumentation handschriftlich "E 128" vermerkt werden.

Der Vertragsarzt bescheinigt auf dem Vordruckmuster 80 durch Unterschrift und Arztstempel die Richtigkeit der Datenübernahme. Alternativ kann die Dokumentation des Behandlungsanspruchs durch eine Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises erfolgen.

Vor Durchführung der Behandlung hat der im Ausland Versicherte die „Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland“ (Vordruckmuster 81, vgl. Anlage 5) auszufüllen und zu unterschreiben. Auf dieser Erklärung gibt er auch die deutsche Krankenkasse an, zu deren Lasten er die Leistungen aushilfsweise erhalten möchte.

Die Erklärung und die Dokumentation des Behandlungsanspruchs sind unverzüglich im Original an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden. Anstelle der Dokumentation können der Anspruchs- und der Identitätsnachweis als Fotokopie übermittelt werden. Die Durchschläge (bzw. Zweitkopien) 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 – der Aufenthalt in Deutschland erfolgt nicht aus medizinischen Gründen (z. B. Tourist, entsandter Arbeitnehmer)
- Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten – der Aufenthalt in Deutschland erfolgt aus medizinischen Gründen
- Personen, die sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten

2.3.1 Leistungsumfang nach EG-Recht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland

Bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland gilt Folgendes:

Anspruch besteht auf alle Sachleistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.

Für den Umfang des Leistungsanspruchs bei vorübergehendem Aufenthalt spielt es – entgegen früherer Regelungen – keine Rolle, ob es sich bei der anspruchsberechtigten Person um einen "Allgemeinversicherten", einen Rentner, einen entsandten Arbeitnehmer, einen Arbeit Suchenden oder einen Studenten handelt.

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

Personen, die in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz versichert sind und vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten, sich in Deutschland behandeln zu lassen, reisen mit einem Anspruchsnachweis nach Vordruck E 112 ein. Dieser Nachweis ist vor Behandlungsbeginn bei der vom Patienten gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Abrechnungsschein einzutauschen. Sofern der zuständige Träger Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsumfangs gemacht hat, kann diesem Abrechnungsschein entnommen werden, auf welche Leistungen sich die Genehmigung bezieht.

Wenn sich der Patient direkt mit dem Vordruck E 112 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 Krankenversichertenkarte. 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 Arzneiverordnungsblatt 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 das Auftragen des Versichertenstatus 10007 zu kennzeichnen, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt. Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

2.5 Überweisung zur fachärztlichen Behandlung

Erweist sich für anspruchsberechtigte Personen die Behandlung durch einen weiteren Arzt als notwendig, stellt der erstbehandelnde Arzt dem im Ausland Versicherten eine entsprechende Überweisung aus (Vordruckmuster 6). Dies gilt sowohl für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, als auch für solche, die in Deutschland wohnen. Auf dem Überweisungsschein (Vordruckmuster 6) sind die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld zusätzlich die Ziffern 10007 aufzutragen.

Für Personen, die mit dem Vordruck E 112 zur Behandlung nach Deutschland eingereist sind (Anspruchsnachweis: Abrechnungsschein), wird der erstbehandelnde Arzt gebeten, dem Anspruchsberechtigten die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Be-

handlung auf einem Rezept (Vordruckmuster 16) zu bescheinigen. Bei Vorlage dieses Rezepts wird – sofern die Genehmigung des zuständigen Trägers dies abdeckt – durch die aushelfende deutsche Krankenkasse ein weiterer Abrechnungsschein ausgestellt.

Die beim erstbehandelnden Arzt gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse bleibt für die gesamte Behandlung zuständig. Wurde die Praxisgebühr für das laufende Quartal bereits entrichtet und ist dies auch mit einer entsprechenden Quittung belegt, wird diese bei Weiterbehandlung durch einen Facharzt nicht erneut fällig. Dies gilt unabhängig davon, ob für die Überweisungen das Vordruckmuster 6 oder 16 verwandt wurde.

2.6 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, ist vom behandelnden Vertragsarzt auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und das dazugehörige Institutionskennzeichen aufzutragen. Zusätzlich ist durch das Auftragen des Versichertenstatus 10007 zu kennzeichnen, dass es sich um einen EWR/CH-Fall handelt.

2.7 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die für Versicherte der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. Das Original der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) ist dem Versicherten auszuhändigen; die Durchschrift muss der aushelfenden deutschen Krankenkasse zugeleitet werden.

2.8 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen

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

Bei Vorliegen einer Krankenversichertenkarte (der aushelfenden deutschen Krankenkasse) ist der Arzt grundsätzlich verpflichtet, die auf dem Chip enthaltenen Daten auf alle relevanten Vordrucke maschinell unter Verwendung eines zertifizierten Lese- und Druckgerätes zu übertragen. Dies gilt auch für die Ausstellung eines Abrechnungsscheins (Vordruckmuster 5) für manuell abrechnende Ärzte. Nach Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte auf den Abrechnungsschein bestätigt der Berechtigte das Bestehen des speziellen Kostenübernahmeanspruchs gegenüber der jeweiligen Krankenkasse durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein. Berechtigte, die einen gesetzlichen Vertreter haben (z. B. Berechtigte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder die zur Unterschrift nicht in der Lage sind, brauchen keine Unterschrift zu leisten.

Ärzte, die mithilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, können von der Kassenärztlichen Vereinigung von der Ausstellung eines Abrechnungsscheins befreit werden, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Datei wird.

Die Regelungen der Daten- und Belegbereitstellung im Zuge der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für den anspruchsberechtigten Personenkreis werden in der Regel auf der Landesebene getroffen. Damit bleibt die Organisation der Datenübermittlung auch weiterhin den regionalen Vertragspartnern überlassen. Bei Vorliegen eines Abrechnungsscheins ist dieser der Abrechnung beizufügen.

In Verbindung mit der Leistungserbringung während eines vorübergehenden Aufenthalts sind folgende EBM-Ziffern zusätzlich abrechnungsfähig:

- **40144** für die ordnungsgemäße Dokumentation des Behandlungsfalls inkl. ggf. 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 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 auftragen der Ziffern 10007 im Statusfeld des Abrechnungsscheines anzugeben, dass es sich um einen EWR/CH-Abrechnungsfall handelt.

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 Hilfe ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises

Legt der im Ausland Versicherte einen der in Abschnitt 2.1 genannten Anspruchsnachweise und/oder den Identitätsnachweis nicht vor, so ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach GOÄ zu fordern. Dies gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für den Arzt erkennbar nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Kostenträgers – eine ärztliche Behandlung zu erhalten. Hat der zuständige Träger die Behandlung mit Formular E 112 vor der Inanspruchnahme ausdrücklich genehmigt, hat der Anspruchsberechtigte sich hiermit zunächst an eine aushelfende deutsche Krankenkasse seiner Wahl zu wenden, die dann einen entsprechenden Abrechnungsschein ausstellen wird (vgl. Abschnitte 2.1 und 2.3.2). Wendet sich der im Ausland Versicherte mit Formular E 112 direkt an den Arzt, ist er vor Behandlungsbeginn an eine Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen.

Wird der Abrechnungsschein bzw. die Krankenversichertenkarte innerhalb des Quartals 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 2.4).

2.10 Schnellübersicht und Checkliste

Als Orientierungshilfe für die tägliche Arbeit wurde neben einer Schnellübersicht (vgl. Anlage 6) auch eine Checkliste (vgl. Anlage 7) entwickelt. Diese Arbeitshilfen können bei Bedarf kopiert oder über das Internet heruntergeladen und ausgedruckt werden (www.dvka.de → "Publikationen" → "Merkblätter Urlaub in Deutschland" → "Schnellübersichten/Checklisten für Leistungserbringer" → "Vertragsärztliche Versorgung" → "EG-Recht").

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-Herzegowina
- Israel (nur für Leistungen bei Mutterschaft)
- Kroatien
- Mazedonien
- Serbien und Montenegro
- 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
- D/ISR 111 (nur für Mutterschaft)
- D/HR 111
- D/RM 111
- Ju 6
- A/T 11
- A/TN 11

in Betracht.

Die gewählte Krankenkasse stellt dann einen mit den notwendigen Angaben versehenen Abrechnungsschein aus. Als spezielle Kennzeichnung ist ein brauner bzw. lilafarbener, von links unten nach rechts oben verlaufender Diagonalstreifen aufgebracht. Der Vordruck enthält im Feld "Status" die Ziffer "7". Die von der Krankenkasse im Namensfeld eingetragenen Angaben sollen bei EDV-Anwendern in das Abrechnungsfeld übernommen werden. Dies betrifft insbesondere den Namen und die Statusnummer (z. B. "10007"), 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 Krankenversichertenkarte. Das Feld "Status" enthält die Ziffer "7". Als Hinweis auf das Sozialversicherungsabkommen wird außerdem auf dem Chip der Krankenversichertenkarte der Kassename um den Zusatz "/SVA" ergänzt (z. B. "AOK Westfalen-Lippe/ SVA").

3.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht

Die Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Arznei, Krankenhausbehandlung usw.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der zu behandelnde Patient bei einer deutschen Krankenkasse versichert wäre. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. Der Umfang des Sachleistungsanspruchs ist allerdings abhängig davon, ob sich die betreffende Person vorübergehend oder gewöhnlich in Deutschland aufhält. Hinsichtlich des Anspruchsumfangs während des vorübergehenden Aufenthalts wird außerdem danach unterschieden, ob die Person akut erkrankt ist oder ob die Erkrankung schon vor der Einreise bestanden hat.

3.2.1 Leistungsumfang nach Abkommensrecht während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland

Es wird gebeten, für den Umfang der 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 Abrechnungsschein wie folgt gekennzeichnet:

“Für sofort notwendige Leistungen”

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 einer besonderen Genehmigung des ausländischen Trägers der Krankenversicherung. Eine Honorarabrechnung über einen Abrechnungsschein der gesetzlichen Krankenversicherung ist daher in diesem Fall nicht ohne Weiteres zulässig. Darauf macht der folgende Hinweis auf dem Abrechnungsschein aufmerksam:

“Nicht gültig für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen”

Wird festgestellt, dass der Patient im Rahmen einer bereits vor Einreise nach Deutschland bestehenden Erkrankung behandlungsbedürftig ist, sollte er 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, D/HR 112, D/RM 112, Ju 5) von seinem zuständigen Träger erhalten, den er beim aushelfenden deutschen Träger vorlegen muss. Die deutsche Krankenkasse wird den Hinweis “Für sofort notwendige Leistungen” bzw. “Nicht gültig für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen” dann nicht auf dem Abrechnungsschein anbringen bzw. streichen.

3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland

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

3.3 Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Arzneimittel dürfen für Rechnung der aushelfenden deutschen Krankenkasse (auf Arzneverordnungsblatt – Vordruckmuster 16 –) nur verordnet werden, wenn auch das Arzthonorar der Krankenkasse in Rechnung zu stellen ist (auf Grund des Abrechnungsscheins, der Krankenversichertenkarte bzw. der Bescheinigung des ausländischen Trägers). Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Rezept sind der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und die Statusziffer (in der Regel von dem Erfassungsschein bzw. der deutschen Krankenversichertenkarte, z. B. „10007“) aufzutragen. Zusätzlich ist das BVG/SVA-Feld zu kennzeichnen. 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 Arznei 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 (Vordruckmuster 6) einer berechtigten Person durch den zuerst in Anspruch genommenen Arzt, gegebenenfalls zur fachärztlichen Begutachtung oder Behandlung, ist nur dann zulässig, wenn es sich um eine Person handelt, die eine Krankenversichertenkarte der deutschen aushelfenden Krankenkasse erhalten hat. Hierbei kann es sich nur um eine Person handeln, die in Deutschland wohnt. Bei Personen, die einen Abrechnungsschein haben, wird der erstbehandelnde Arzt gebeten, dem Anspruchsberechtigten die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Vordruckmuster 16) zu bescheinigen. Nach Vorlage dieses Rezepts bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse wird diese einen weiteren Abrechnungsschein ausstellen. Wurde die Praxisgebühr für das laufende Quartal bereits entrichtet und ist dies auch mit einer entsprechenden Quittung belegt, wird diese bei einer Weiterbehandlung durch einen Facharzt nicht erneut fällig. Dies gilt auch dann, wenn die Überweisung auf einem Rezept ausgestellt wurde.

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 des „sofort Notwendigen“ bzw. der schon im anderen Staat begonnenen (vor Einreise nach Deutschland bereits bestehenden) Erkrankungen gelten auch für eine Behandlung im Krankenhaus. Auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) ist – soweit vorhanden – die von der aushelfenden Krankenkasse im Abrechnungsschein bzw. auf der Krankenversichertenkarte angegebene Statusnummer zu übertragen. 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 (Vordruckmuster 1) ist dem Versicherten auszuhändigen. Die Durchschrift muss der aushelfenden deutschen Krankenkasse zugeleitet werden.

3.7 Abrechnung und Bezahlung vertragsärztlicher Leistungen

Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen soll – gesondert von der allgemeinen Abrechnung – nach Abschluss der Behandlung, spätestens aber mit Ablauf des Kalendervierteljahres über die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. Bei Vorliegen einer Krankenversichertenkarte ist der Arzt grundsätzlich verpflichtet, die auf dem Chip enthaltenen Daten auf alle relevanten Vordrucke maschinell unter Verwendung eines zertifizierten Lese- und Druckgerätes zu übertragen. Dies gilt auch für die Ausstellung eines Abrechnungsscheins (Vordruckmuster 5) für manuell abrechnende Ärzte. Nach Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte auf den Abrechnungsschein bestätigt der Berechtigte das Bestehen des speziellen Kostenübernahmeanspruchs gegenüber der jeweiligen Krankenkasse durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein. Berechtigte, die einen gesetzlichen Vertreter haben (z. B. Berechtigte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder die zur Unterschrift nicht in der Lage sind, brauchen keine Unterschrift zu leisten.

Ärzte, die mithilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, können von der Kassenärztlichen Vereinigung von der Ausstellung eines Abrechnungsscheins befreit werden, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Datei wird.

Die Regelungen der Daten- und Belegbereitstellung im Zuge der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für den anspruchsberechtigten Personenkreis werden in der Regel auf der Landesebene getroffen. Damit bleibt die Organisation der Datenübermittlung auch weiterhin den regionalen Vertragspartnern überlassen.

Bei Vorliegen eines Abrechnungsscheins ist dieser der Abrechnung beizufügen. Die ärztlichen Leistungen werden im Einzelnen unter Berücksichtigung des jeweils geltenden Punktwertes (Ausschüttungspunktwert) vergütet.

3.8 Ärztliche Hilfe ohne Vorlage eines Abrechnungsscheins bzw. einer Krankenversichertenkarte

Weist sich der Anspruchsberechtigte infolge Unkenntnis oder wegen der Dringlichkeit der Behandlung beim Arzt an Stelle eines von einer deutschen Krankenkasse ausgestellten Abrechnungsscheins bzw. einer Krankenversichertenkarte 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 Abrechnungsschein bzw. die Krankenversichertenkarte innerhalb des Quartals nachgereicht, ist der Arzt verpflichtet, dem Betroffenen 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 Abrechnungsschein/die Krankenversichertenkarte bei der vom Berechtigten zu wählenden deutschen Krankenkasse selbst zu besorgen. Dabei entfällt die Honorarzahlung durch den Patienten genauso, als ob ein Abrechnungsschein/eine Krankenversichertenkarte übergeben würde. Ist es für den Arzt ersichtlich, dass die Erkrankung schon im anderen Staat begonnen hat, insbesondere, dass der Patient zur Inanspruchnahme von Leistungen nach Deutschland gekommen ist, muss

immer der Abrechnungsschein (ohne einschränkende Vermerke) bzw. die Krankenversichertenkarte vorher vorgelegt werden, da sonst offen ist, ob das Honorar von der Krankenkasse übernommen werden kann.

Die Abrechnung kann in jedem Fall nach der GOÄ vorgenommen werden, wenn kein entsprechender Abrechnungsschein bzw. keine Krankenversichertenkarte 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.

3.9 Schnellübersicht und Checkliste

Als Orientierungshilfe für die tägliche Arbeit wurde eine Schnellübersicht entwickelt, die neben einem übersichtlichen Schaubild (vgl. Anlage 8) auch eine Checkliste (vgl. Anlage 9) umfasst. Diese Arbeitshilfen können bei Bedarf kopiert oder über das Internet heruntergeladen und ausgedruckt werden (www.dvka.de → "Publikationen" → "Merkblätter Urlaub in Deutschland" → "Schnellübersichten/Checklisten für Leistungserbringer" → "Vertragsärztliche Versorgung" → "Abkommensrecht").

4 Sonderregelung für im Ausland versicherte Rheinschiffer

Im Ausland versicherte Rheinschiffer und ihre Familienangehörigen können den Vertragsarzt mit dem vom Arbeitgeber oder Schiffsführer doppelt ausgestellt und unterschriebenen Vordruck R 110 – “Arbeitsbescheinigung” – unmittelbar aufsuchen. Dadurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich Rheinschiffer abends, wenn ihre Schiffe anlegen, nicht mehr an eine aushelfende Krankenkasse wenden können.

Der Vertragsarzt schickt beide Ausfertigungen des Vordrucks R 110 unverzüglich an die vom Patienten gewählte Krankenkasse, die ihm daraufhin einen mit “Rheinschiffer-übereinkommen – Honorarabrechnung gesondert” gekennzeichneten Abrechnungsschein übermittelt. Dieser enthält im Feld “Status” die Ziffer “7”. Die Leistungen sind entsprechend Abschnitt 3.7 über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung spätestens mit Ablauf des Kalendervierteljahres abzurechnen.

Die ärztliche Behandlung, die Verordnung der Arzneien, die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Anträge auf Krankenhausbehandlung usw. erfolgen nach denselben Grundsätzen wie bei den Mitgliedern der deutschen Krankenkassen. Auf ärztlichen Verordnungsblättern ist neben der Bezeichnung der aushelfenden deutschen Krankenkasse der Vermerk “Ausländischer Rheinschiffer” deutlich sichtbar anzubringen. Überweisungsscheine an andere Ärzte dürfen wegen der späteren zwischenstaatlichen Verrechnung nicht ausgestellt werden. Im Bedarfsfall muss sich der Rheinschiffer für die Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt einen weiteren Abrechnungsschein bzw. weitere Vordrucke R 110 besorgen.

Bei Arbeitsunfähigkeit bescheinigt der Arzt Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit auf der Rückseite des ihm vom Rheinschiffer vorgelegten Vordrucks R 116 “Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit, Mutterschaft, Unfall oder Berufskrankheit”.

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Anlage 1

Vorderseite

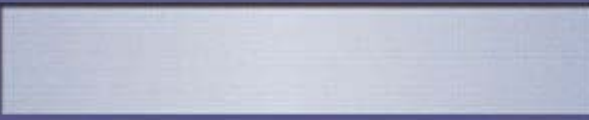


EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD



3 Name	
Name	
4 Given names	
First name, other names	
5 Date of birth	6 Personal identification number
16/04/1943	0291922D
7 Identification number of the institution	
0010 – Institution	
8 Identification number of the card	9 Expiry date
80372000010001065400	30/5/2005

Rückseite

EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD



3 Name	
Name	
4 Given names	5 Date of birth
First name, other names	11/01/1959
6 Personal identification number	7 Identification number of the institution
RSSMRO62B25E205Y	0030 – Institution
8 Identification number of the card	9 Expiry date
80380800301234567890	01/01/2006

**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 Vordrucks

Ausgabemitgliedstaat

1. E-

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) vom / /

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.

BESCHEINIGUNG ÜBER DEN SACHLEISTUNGSANSPRUCH WÄHREND EINES AUFENTHALTS IN EINEM MITGLIEDSTAAT

(Achtung: Dieser Vordruck verleiht keinen Anspruch, wenn Zweck der Reise eine ärztliche Behandlung im Ausland ist.)

Verordnungen über soziale Sicherheit: Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Art. 22b; Art. 34b

Der zuständige Träger füllt den Vordruck in Druckschrift aus und händigt ihn dem Versicherten aus oder übersendet ihn dem Träger des Aufenthaltsorts, falls letzterer den Vordruck angefordert hat.

1.	Anspruchsberechtigter:	<input type="checkbox"/> Tätigkeit in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat: Arbeitnehmer/Selbständiger (2) <input type="checkbox"/> Studierender
1.1	Name (3): Frühere Namen (3): Vornamen: Geburtsdatum (4): Ständige Anschrift: Straße Ort Postleitzahl Land (1)	
1.2	D.N.I. (5): Kenn-Nummer (6):	

2. Familienangehörige, die sich vorübergehend in einen anderen Mitgliedstaat begeben					
2.1	Name (3)	Frühere Namen (3)	Vornamen	Geburtsdatum (4)	Kenn-Nummer (6)

2.2	Ständige Anschrift (7): Straße Ort Postleitzahl Land (1)				

3. Mit diesem Vordruck können die Obengenannten von den Versicherungsträgern des Aufenthaltslandes die **erforderlichen Sachleistungen** bei Krankheit und Mutterschaft sowie als vorläufige Leistungen bei Arbeitsunfall und Berufskrankheiten erlangen.

in (1): vorn (4): bis zum: einschließlich

4. Zuständiger Träger	
4.1	Bezeichnung: Kenn-Nummer (8):
4.2	Anschrift: Straße Ort Postleitzahl Land (1)
4.3	Stempel: Datum (4): Unterschrift:

5. Verlängerung der Gültigkeitsdauer			
5.1	vom bis	5.3	vom bis
5.2	Stempel: Datum: Unterschrift:	5.4	Stempel: Datum: Unterschrift:

Herausgeber: Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland

HINWEISE FÜR DEN VERSICHERTEN UND DESSEN FAMILIENANGEHÖRIGEN

- a) Wenn Sie Leistungen, einschließlich Krankenhausbehandlung, benötigen, ist dieser Vordruck dem Versicherungsträger des Aufenthaltslandes vorzulegen, und zwar:
- in **Belgien**: der „mutualité“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;
 - in **Dänemark**: den praktischen Ärzten, Zahnärzten und öffentlichen Krankenhäusern. Fachärztliche Behandlung können Sie aufgrund einer Verweisung des praktischen Arztes in Anspruch nehmen. Weitere Auskünfte erteilt die Gemeinde-/Gebietsverwaltung;
 - in **Deutschland**: der Krankenkasse Ihrer Wahl, die gegen den Vordruck eine Bescheinigung aushändigt, die Anspruch auf alle Sachleistungen ohne die Voraussetzung des unverzüglichen Erfordernisses verleiht;
 - in **Griechenland**: in der Regel der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die Ihnen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;
 - in **Spanien**: den Ärzte- und Krankenhausdiensten des spanischen öffentlichen Gesundheitswesens. Der Vordruck ist zusammen mit einer Photokopie vorzulegen;
 - in **Frankreich**: beim Antrag auf Erstattung der „Caisse primaire d'assurance maladie“ (Ortskrankenkasse) oder bei Krankenhausbehandlung unmittelbar dem Krankenhaus;
 - in **Irland**: dem „Health Board“ (Gesundheitsamt), in dessen Bereich die Leistungen benötigt werden;
 - in **Italien**: in der Regel der gebietsmäßig zuständigen „Azienda sanitaria locale“ (ASL) (Ortsstelle der Gesundheitsverwaltung); bei Seeleuten und beim fliegenden Personal der Zivilluftfahrt dem „Ministero della sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea“ (Gesundheitsministerium – gebietsmäßig zuständiges Gesundheitsamt der Marine oder der Luftfahrt);
 - in **Luxemburg**: der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);
 - in den **Niederlanden**: der „Algemeen Nederlands Ouderling Ziekenfonds“ (ANOZ – Allgemeine Niederländische Krankenkasse auf Gegenseitigkeit) in Utrecht, die gegen diesen Vordruck eine Bescheinigung aushändigt, die Anspruch auf alle Sachleistungen ohne Voraussetzung des unmittelbaren Erfordernisses verleiht;
 - in **Österreich**: der für den Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;
 - in **Portugal, für das Festland**: der „Administração Regional de Saúde“ (Regionale Gesundheitsverwaltung) des Aufenthaltsorts; für Madeira: der „Direcção Regional de Saúde Pública“ (Regionaldirektion für Volksgesundheit) in Funchal; für die Azoren: der „Direcção Regional de Saúde“ (Regionale Gesundheitsdirektion) in Angra do Heroísmo;
 - in **Finnland**: der Ortsgeschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt), wenn im Privatsektor angefallene Arztkosten erstattet werden sollen. Sachleistungen sind bei kommunalen Gesundheitsversorgungsstellen und öffentlichen Krankenhäusern gegen Vorlage dieser Bescheinigung zu erhalten;
 - in **Schweden**: der „försäkringskassan“ (Versicherungskasse). Leistungen ärztlicher Dienste (Krankenhaus, Arzt, Zahnarzt usw.) können ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;
 - im **Vereinigten Königreich**: Mit diesem Vordruck können Leistungen ärztlicher Dienste ohne vorherige Benachrichtigung des zuständigen Trägers in Anspruch genommen werden;
 - in **Island**: der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landessozialversicherungsanstalt) in Reykjavik; mit diesem Vordruck können Leistungen ärztlicher Dienste ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden;
 - in **Liechtenstein**: unmittelbar den ärztlichen Diensten (Arzt, Krankenhaus usw.);
 - in **Norwegen**: dem „lokale Trygdekontor“ (Örtliches Versicherungsamt). Mit diesem Vordruck können Leistungen ohne vorherige Benachrichtigung dieses Trägers in Anspruch genommen werden.
- b) Für den Bezug von Geldleistungen muss der Versicherte dem Träger des Aufenthaltsorts innerhalb von drei Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitseinstellungsanzeige übermitteln oder, wenn die für den zuständigen Träger oder für den Träger des Aufenthaltsorts maßgebenden Rechtsvorschriften es vorsehen, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes vorlegen.

ANMERKUNGEN

- (*) Im Zusammenhang mit dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, Anhang VI, Soziale Sicherheit, gilt dieser Vordruck auch für Island, Liechtenstein und Norwegen.
- (1) Kennbuchstabe des Landes: B = Belgien; DK = Dänemark; D = Deutschland; GR = Griechenland; E = Spanien; F = Frankreich; IRL = Irland; I = Italien; L = Luxemburg; NL = Niederlande; A = Österreich; P = Portugal; FIN = Finnland; S = Schweden; GB = Vereinigtes Königreich; IS = Island; FL = Liechtenstein; N = Norwegen.
- (2) Nichtzutreffendes streichen.
- (3) Bei spanischen Staatsangehörigen sind beide Namen zur Zeit der Geburt anzugeben.
Bei portugiesischen Staatsangehörigen sind alle Namen (Vornamen, Name, Mädchenname) in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben, wie sie aus dem Personalausweis oder aus dem Pass ersichtlich sind.
- (4) Das Datum ist in folgender Reihenfolge anzugeben: Tag/Monat/Jahr.
- (5) Bei spanischen Staatsangehörigen ist die auf dem spanischen Personalausweis (D.N.I.) vermerkte Nummer, falls vorhanden, anzugeben, selbst wenn der Ausweis abgelaufen ist. Falls nicht vorhanden, ist „keine“ anzugeben.
- (6) Bei italienischen Staatsangehörigen möglichst die Versicherungsnummer und/oder den „codice fiscale“ angeben.
- (7) Nur anzugeben, wenn die Anschrift der Familienangehörigen von der Anschrift des Arbeitnehmers oder des Studierenden abweicht.
- (8) Auszufüllen, falls vorhanden.

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Kranken-
versicherungskarte

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für
die Europäische Krankenversicherungskarte

Durchreise

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Straße, Hausnummer

Herkunftsland
(Länderkennzeichen)

PLZ Ort
| | | | | |

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)
3 Name

4 Vorname

5 Geburtsdatum

T T M M J J

6 Persönliche Kennnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7 Kennnummer des Trägers

| | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |

8 Kennnummer der Karte

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

9 Ablaufdatum

T T M M J J

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer
der Bescheinigung vom T T M M J J bis T T M M J J

Ausgabedatum
der Bescheinigung T T M M J J

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis Reisepass

Nummer des Ausweises/des Passes

Ausstellungsdatum

T T M M J J

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

80

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

Europäische Kranken-
versicherungskarte

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für
die Europäische Krankenversicherungskarte

Durchreise

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
Straße, Hausnummer

Herkunftsland
(Länderkennzeichen)

PLZ Ort
| | | | | |

Patient (diese Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der Karte bzw. des Scheins)

3 Name

4 Vorname

5 Geburtsdatum

| T | T | M | M | J | J |

6 Persönliche Kennnummer

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

7 Kennnummer des Trägers

| | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |

8 Kennnummer der Karte

9 Ablaufdatum

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T | T | M | M | J | J |

Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung vom | T | T | M | M | J | J | bis | T | T | M | M | J | J |

Ausgabedatum der Bescheinigung | T | T | M | M | J | J |

Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch

Personalausweis Reisepass

Nummer des Ausweises/des Passes

Ausstellungsdatum
| T | T | M | M | J | J |

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Erklärung

81

des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum
in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until
and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

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.

Spanisch

Fecha

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.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al
e di non essermici recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις
στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia
i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do
v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse Name, Vorname des Versicherten

Datum

Unterschrift des Patienten

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 81a (4.2006)

Erklärung**81**

des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland

Deutsch

Datum

Ich bestätige, dass ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten und nicht zum Zweck der Behandlung eingereist bin.

Englisch

Date

I confirm that I intend to stay in Germany until and did not enter the country for the purpose of treatment.

Französisch

Date

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.

Spanisch

Fecha

Confirmando que tengo la intención de permanecer en Alemania hasta el y que la entrada a este país no tenía la finalidad de someterme al tratamiento en cuestión.

Italienisch

Data

Confermo di avere intenzione di trattenermi in Germania fino al e di non essermi recato per sottopormi a trattamento.

Griechisch

Ημερομηνία

Βεβαιώνω ότι έχω σκοπό να παραμείνω μέχρι τις στη Γερμανία, και ότι δεν έχω ταξιδέψει με σκοπό τη Θεραπευτική μου αγωγή.

Polnisch

Data

Potwierdzam, że zamierzam przebywać w Niemczech do dnia i nie przyjechałem(am) do Niemiec w celu poddania się leczeniu.

Tschechisch

Datum

Potvrzují, že se hodlám zdržovat až do v Německu a že jsem nepřicestoval/a za účelem ošetření.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse Name, Vorname des Versicherten

Datum

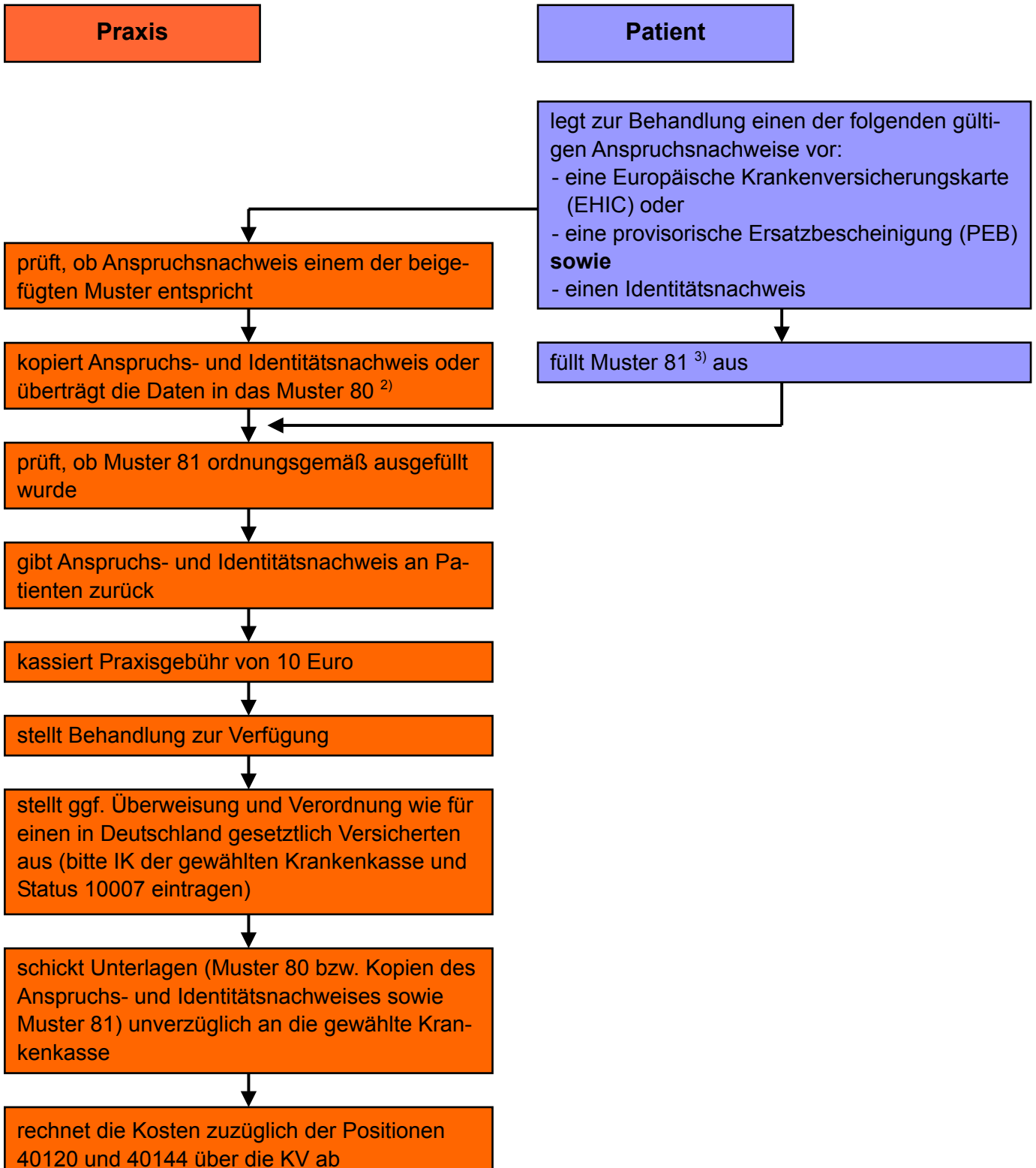
Unterschrift des Patienten

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Muster 81b (4.2006)

Schnellübersicht ¹⁾

Patienten aus anderen EWR-Staaten oder der Schweiz - von der Erfassung bis zur Abrechnung -



1) Ausführliche Informationen enthält das "Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland kranken-versichert sind".

2) "Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten" - vgl. o.g. Merkblatt (Anlage 4)

3) "Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland" - vgl. o.g. Merkblatt (Anlage 5)

CHECKLISTE ¹⁾

Was ist zu beachten bei Patienten, die in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz versichert sind.

Was ist zu tun, wenn ein Patient auf der Basis

- einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) oder
- einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB)

behandelt werden muss. Muster dieser Anspruchsnachweise sind beigelegt.

Schritt	Praxis ...	Patient ...	erledigt
1.		legt gültigen An- spruchs- sowie Identitätsnachweis vor	
2.	prüft, ob Anspruchsnachweis einem der beigelegten Muster entspricht		
3.	kopiert An- und Identitätsnachweis oder über- trägt die Daten in das Muster 80 ²⁾		
4.		füllt Muster 81 ³⁾ aus	
5.	prüft, ob Muster 81 ordnungsgemäß ausgefüllt wurde		
6.	gibt An- und Identitätsnachweis an Patienten zurück		
7.	kassiert Praxisgebühr von 10 Euro und stellt Behand- lung zur Verfügung		
8.	gibt bei Überweisungen/Verordnungen Folgendes an: ➤ IK der gewählten Krankenkasse ➤ im Statusfeld „10007“		
9.	schickt Unterlagen (Muster 80 bzw. Kopien des An- spruchs- und Identitätsnachweises sowie Muster 81) unverzüglich an die gewählte Krankenkasse		
10.	rechnet die Kosten zuzüglich der Positionen 40120 und 40144 über die KV ab		

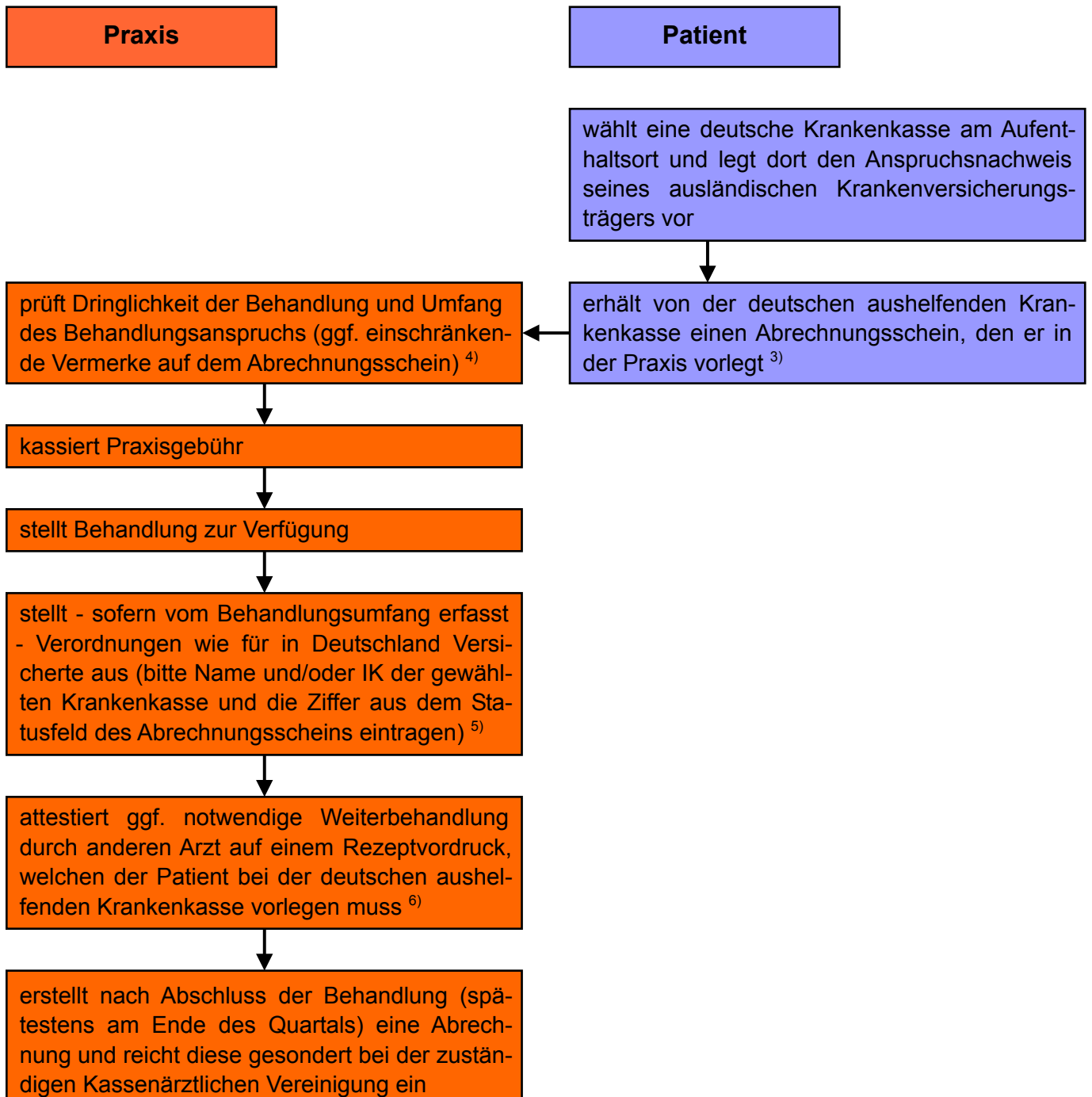
¹⁾ Ausführliche Informationen enthält das „Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind“.

²⁾ „Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten“ – vgl. o. g. Merkblatt (Anlage 4)

³⁾ „Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland“ – vgl. o. g. Merkblatt (Anlage 5)

Schnellübersicht ¹⁾

Patienten, die in Bosnien-Herzegowina, Israel ²⁾, Kroatien, Mazedonien, Serbien und Montenegro, der Türkei oder Tunesien versichert sind



1) Ausführliche Informationen enthält das "Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind".

2) Der Leistungsanspruch umfasst ausschließlich Leistungen bei Mutterschaft.

3) Eine Behandlung aufgrund des ausländischen Anspruchsnachweises ist nur in Notfällen zulässig, wenn die Krankenkasse aufgrund des Gesundheitszustandes nicht mehr aufgesucht werden kann. Gegebenenfalls telefonische Rücksprache mit der gewählten deutschen Krankenkasse.

4) Beachten Sie hierzu bitte besonders die Erläuterungen im Merkblatt (Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2).

5) Es gelten die gleichen Zuzahlungsregelungen wie für Versicherte der deutschen Krankenkassen. Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel müssen vorab von der aushelfenden Krankenkasse genehmigt werden. Sofern aus medizinischer Sicht vertretbar, gilt dies auch für Verordnungen von Krankenhausbehandlung.

6) Die Krankenkasse prüft, ob der Behandlungsanspruch des Patienten eine Weiterbehandlung durch einen weiteren Arzt deckt und stellt ggf. einen weiteren Abrechnungsschein aus.

CHECKLISTE ¹⁾

Was ist zu beachten bei Patienten, die in Bosnien-Herzegowina, Israel ²⁾, Kroatien, Mazedonien, Serbien und Montenegro, der Türkei oder Tunesien versichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland behandelt werden möchten.

Schritt	Praxis ...	Patient ...	erledigt
1.		wählt eine deutsche Krankenkasse am Aufenthaltsort und legt dort den Anspruchsnachweis seines ausländischen Krankenversicherungsträgers vor	
2.		erhält von der deutschen aushelfenden Krankenkasse einen Abrechnungsschein, den er in der Praxis vorlegt ³⁾	
3.	prüft Dringlichkeit der Behandlung und Umfang des Behandlungsanspruchs (ggf. einschränkende Vermerke auf dem Abrechnungsschein) ⁴⁾		
4.	kassiert Praxisgebühr		
5.	stellt Behandlung zur Verfügung		
6.	stellt – sofern vom Behandlungsumfang erfasst – Verordnungen wie für in Deutschland Versicherte aus (bitte Name und/oder IK der gewählten Krankenkasse und die Ziffer aus dem Statusfeld des Abrechnungsscheins eintragen) ⁵⁾		
7.	attestiert ggf. notwendige Weiterbehandlung durch anderen Arzt auf einem Rezeptvordruck, welchen der Patient bei der deutschen aushelfenden Krankenkasse vorlegen muss ⁶⁾		
8.	erstellt nach Abschluss der Behandlung (spätestens am Ende des Quartals) eine Abrechnung und reicht diese gesondert bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein		

1) Ausführliche Informationen enthält das "Merkblatt über die vertragsärztliche Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind".

2) Der Leistungsanspruch umfasst ausschließlich Leistungen bei Mutterschaft.

3) Eine Behandlung aufgrund des ausländischen Anspruchsnachweises ist nur in Notfällen zulässig, wenn die Krankenkasse aufgrund des Gesundheitszustandes nicht mehr aufgesucht werden kann. Gegebenenfalls telefonische Rücksprache mit der gewählten deutschen Krankenkasse.

4) Beachten Sie hierzu bitte besonders die Erläuterungen im Merkblatt (Abschnitte 3.2.1 und 3.2.2).

5) Es gelten die gleichen Zuzahlungsregelungen wie für Versicherte der deutschen Krankenkassen. Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel müssen vorab von der aushelfenden Krankenkasse genehmigt werden. Sofern aus medizinischer Sicht vertretbar, gilt dies auch für Verordnungen von Krankenhausbehandlung.

6) Die Krankenkasse prüft, ob der Behandlungsanspruch des Patienten eine Weiterbehandlung durch einen weiteren Arzt deckt und stellt ggf. einen weiteren Abrechnungsschein aus.