

## **Merkblatt**

***über die stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung von Personen,  
die im Ausland krankenversichert sind***

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), Bonn,  
in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Berlin

Stand: 01.01.2008

---

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) hat in Absprache mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) dieses Merkblatt ausgearbeitet. Es soll Hinweise für solche Fälle geben, in denen Versicherte ausländischer Träger der Sozialversicherung und deren Familienangehörige aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften Krankenhausbehandlung in Deutschland beanspruchen können.

Darüber hinaus wurden Übersichten entwickelt, die den Ablauf der Leistungsaushilfe, von der Dokumentation bis zur Abrechnung, schematisch darstellen.

Das Merkblatt sowie die Übersichten sind auf den Internetseiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) abrufbar. Die Übersichten finden Sie auch unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de) → Urlaub in Deutschland → Schnellübersichten für Leistungserbringer → Stationäre Versorgung.

### 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    Verlegung in ein anderes Krankenhaus
  - 2.5    Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme
  - 2.6    Abrechnung der Krankenhauskosten
  - 2.7    Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte
- 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    Verlegung in ein anderes Krankenhaus
  - 3.4    Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme
  - 3.5    Abrechnung der Krankenhauskosten
  - 3.6    Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Einweisungsscheins, eines Anspruchsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte
- 4      Besonderheit nach dem Abkommen mit Kroatien

5      Kostenbeteiligung

6      Wahlleistungen

## 1 Allgemeines

Im Ausland versicherte Personen haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften bei **Aufenthalt** in Deutschland u. a. Anspruch auf Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V):

- Verordnungen (EWG) über soziale Sicherheit
- Deutsch-israelisches Abkommen über Soziale Sicherheit (nur für Entbindungen)
- Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit <sup>1</sup>
- Deutsch-kroatisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-mazedonisches Regierungsabkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-türkisches Abkommen über Soziale Sicherheit
- Deutsch-tunesisches Abkommen über Soziale Sicherheit

---

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

## 2 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach EG-Recht

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

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

### 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 oder
- mit Genehmigung des zuständigen Trägers (Vordruck E 112) **zur Behandlung** nach Deutschland eingereist ist (vgl. hierzu 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, legt der von ihr gewählten deutschen Krankenkasse – abhängig vom Versichertenstatus – einen der folgenden Anspruchsnachweise vor: E 106, E 109, E 120, E 121. Sie erhält dann von dieser eine deutsche Krankenversichertenkarte. Diese Krankenversichertenkarte unterscheidet sich von der Krankenversichertenkarte einer in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Person lediglich dadurch, dass der Kassenname auf dem Chip um den Zusatz "/SVA" ergänzt ist (z. B. "AOK Westfalen-Lippe/SVA"). Außerdem ist im Feld "Status" die Ziffer „7" oder „8" angegeben. Diese Krankenversichertenkarte dient im Leistungsfall als Anspruchsnachweis gegenüber dem Krankenhaus.

Personen, die sich **vorübergehend** – z. B. als Touristen – in Deutschland aufhalten, können sich in Notfällen mit einem entsprechenden Anspruchsnachweis und ihrem Identitätsnachweis (Reisepass oder sonstige nationale Ausweispapiere mit Lichtbild, die zum Zwecke der Identitätsfeststellung von einer nationalen Behörde ausgestellt wurden) direkt an ein Krankenhaus wenden. Im Regelfall allerdings erfolgt der Nachweis des Anspruchs auf eine stationäre/ambulante Krankenhausbehandlung durch den von einem Arzt ausgestellten Einweisungsschein (Vordruckmuster 2). Dem Arzt hat in diesen Fällen bereits einer der nachfolgend genannten Anspruchsnachweise vorgelegen.

In der Regel kommen folgende Anspruchsnachweise für den vorübergehenden Aufenthalt 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.

Vereinzelt wurden in Österreich Karten ausgestellt, die lediglich im Feld 8 (Kennnummer der Karte) einen gültigen Eintrag enthalten. Alle anderen Felder sind mit Sternchen gefüllt. Diese Karten sind ungültig und berechtigen nicht zur Leistungsaushilfe. Versicherte, die eine solche Karte vorlegen, sollten an die gewählte deutsche Krankenkasse verwiesen werden. Diese fordert bei der zuständigen österreichischen Krankenkasse eine provisorische Ersatzbescheinigung an, die zur Leistungsaushilfe berechtigt.

## **2.2 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten**

Zur Dokumentation werden Anspruchs- und Identitätsnachweis jeweils zweifach kopiert. Als Identitätsnachweis gelten der Reisepass oder sonstige nationale Ausweispapiere mit Lichtbild, die zum Zwecke der Identitätsfeststellung von einer nationalen Behörde ausgestellt wurden. Ersatzweise kann die Dokumentation des Behandlungsanspruchs durch Übertragen der Daten des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises auf das dafür vorgesehene Vordruckmuster – Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten - (vgl. Anlage 3) erfolgen. Das Krankenhaus bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme durch Unterschrift und Krankenhausstempel. Der vorgelegte Anspruchsnachweis darf auf keinen Fall einbehalten werden.

Die Durchführung der Dokumentation ist nicht erforderlich, wenn die Krankenhausbehandlung auf der Basis eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheines (Vordruckmuster 2) erfolgt. Das Verfahren wurde in diesem Falle nämlich bereits vom überweisenden Arzt durchgeführt. Sollte das Krankenhaus ohne vorherige Einweisung eines Vertragsarztes von einem Patienten direkt in Anspruch genommen werden, ist die Dokumentation wie beschrieben durchzuführen.

Vor Beginn der Behandlung hat der im Ausland Versicherte eine deutsche aushelfende Krankenkasse zu wählen, indem er die “Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland” (vgl. Anlage 4) auszufüllen und zu unterschreiben hat. In der Regel wurde eine entsprechende Erklärung bereits beim Arzt abgegeben, der die Einweisung in das Krankenhaus veranlasste. Diese ist dann maßgeblich. Wird im Notfall das Krankenhaus direkt aufgesucht, ist die Erklärung dort aufzunehmen. Der Patient ist für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an seine Wahl gebunden.

Die ggf. im Krankenhaus ausgefüllte Erklärung und die Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises sind unverzüglich an die deutsche aushelfende Krankenkasse zu übersenden. Anstelle der Fotokopie des Anspruchs- sowie des Identitätsnachweises kann das Vordruckmuster (Anlage 3) übermittelt werden. Die Zweitkopie (bzw. die Durchschläge) verbleibt beim Krankenhaus. Das Krankenhaus ist verpflichtet, diese zwei Jahre aufzubewahren.

Im Zusammenhang mit der Übermittlung der genannten Unterlagen sollte das Krankenhaus ggf. eine Kostenübernahmeerklärung von der gewählten Krankenkasse anfordern. Das Verfahren ist so durchzuführen, als würde es sich um einen in Deutschland Versicherten handeln.

## 2.3 Leistungsumfang nach EG-Recht

Die Sachleistungen (u. a. stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung) 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 mehr, 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 vorzulegen. Vom zuständigen Träger ggf. gemachte Einschränkungen hinsichtlich des Behandlungsumfangs sind dem Vordruck E 112 zu entnehmen.

Hat der ausländische zuständige Träger die Krankenhausbehandlung mit Vordruck E 112 genehmigt, hat die deutsche aushelfende Krankenkasse vor der Leistungsanbahnung zu prüfen, ob und in welchem Umfang aufgrund des Vordrucks E 112 eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt.

Wenn sich der Patient direkt mit dem Vordruck E 112 an das Krankenhaus wendet, ist er – soweit es der Gesundheitszustand zulässt – auf die Einhaltung des vorstehend 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 Sachleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenhausbehandlung).

### **2.4 Verlegung in ein anderes Krankenhaus**

Erweist sich die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus als notwendig, teilt das behandelnde Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) der deutschen aushelfenden Krankenkasse mit.

Für das weiter behandelnde Krankenhaus gelten die Regelungen in den Abschnitten 2.1 und 2.2 entsprechend. Die Identität des Patienten muss nicht erneut überprüft werden. Das weiter behandelnde Krankenhaus hat die Verlegung der deutschen aushelfenden Krankenkasse mitzuteilen. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die vom Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse.

### **2.5 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung**

Benötigt der Patient einen Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme bzw. die ambulante Krankenhausbehandlung (z. B. als Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit), so kann er das Krankenhaus bitten, ihm eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

### **2.6 Abrechnung der Krankenhauskosten**

Das Krankenhaus rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Die Abrechnung gegenüber dieser Krankenkasse erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V.

Für die Kosten einer Krankenhausbehandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Anspruchsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält das Krankenhaus gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die deutsche aushelfende Krankenkasse eine entsprechende Vergütung (siehe Absatz 1), es sei denn, das Krankenhaus hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können.

### **2.7 Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Anspruchs- und/oder Identitätsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte**

Legt der im Ausland Versicherte einen der in Abschnitt 2.1 genannten Anspruchsnachweise und/oder den Identitätsnachweis bzw. eine Krankenversichertenkarte nicht vor, kann die aushelfende Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben. Für den Fall, dass kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt, kann die deutsche aushelfende Krankenkasse diesen vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Dies gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für das Krankenhaus erkennbar nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des ausländischen zuständigen Kostenträgers – eine Krankenhausbehandlung zu erhalten. Teil-

weise kann es schwierig sein, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat einen Anspruchsnachweis zu erhalten.

Die Patienten sollten deshalb sofort darüber informiert werden, dass die Zahlung der Krankenhauskosten direkt von ihnen verlangt wird, wenn sich kein Kostenträger findet. Das Krankenhaus ist dann berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V zu fordern.

### 3 Grundsätzliches zu Ansprüchen nach Abkommensrecht

Eine Person, die auf der Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit anspruchsberechtigt auf Leistungen bei Krankheit bzw. Mutterschaft ist, kann ebenfalls im Bedarfsfalle während ihres Aufenthalts in Deutschland Krankenhausbehandlung beanspruchen. Im Einzelnen bestehen Abkommen mit folgenden Staaten:

- Bosnien und Herzegowina
- Israel (nur für Entbindungen)
- Kroatien
- Mazedonien
- Montenegro
- Serbien
- Türkei
- Tunesien

#### 3.1 Anspruchsnachweise nach Abkommensrecht

Personen aus Abkommensstaaten, die während ihres vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland einer Krankenhausbehandlung bedürfen, müssen sich mit einem vom ausländischen Träger der Krankenversicherung (= zuständiger Träger) ausgestellten entsprechenden Anspruchsnachweis zunächst an eine von ihnen gewählte Krankenkasse des Aufenthaltsorts (= aushelfender Träger) wenden. Hier erhalten sie einen mit den notwendigen Angaben versehenen, speziell gekennzeichneten Abrechnungsschein zur Vorlage beim Vertragsarzt. Im Regelfall wird der Nachweis eines Anspruchs auf eine stationäre/ambulante Krankenhausbehandlung durch den von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) erfolgen. Auf dem Einweisungsschein ist – soweit vorhanden – die von der aushelfenden Krankenkasse im Abrechnungsschein angegebene Statusnummer aufgetragen. Vor Aufnahme ins Krankenhaus ist nach Möglichkeit die Genehmigung der aushelfenden Krankenkasse einzuholen.

Ist dies nicht erfolgt, sollte das Krankenhaus ggf. eine Kostenübernahmeerklärung von der gewählten Krankenkasse anfordern. Das Verfahren ist so durchzuführen, als würde es sich um einen in Deutschland Versicherten handeln.

In der Regel kommen folgende Anspruchsnachweise für den vorübergehenden Aufenthalt in Betracht:

- BH 6
- D/ISR 111 (nur für Entbindungen)
- D/HR 111
- D/RM 111
- Ju 6
- A/T 11
- A/TN 11

Personen, die in einem Abkommensstaat versichert sind und in Deutschland wohnen, erhalten von der von ihnen gewählten Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte. Diese Krankenversichertenkarte unterscheidet sich von der Krankenversichertenkarte einer in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Person lediglich dadurch, dass als Hinweis auf das Sozialversicherungsabkommen auf dem Chip der Kassename um den Zusatz "/SVA" ergänzt wird (z. B. "AOK Westfalen-Lippe/SVA"). Außerdem ist im

Feld "Status" die Ziffer 7 angegeben. Die Krankenversichertenkarte dient im Leistungsfall als Anspruchsnachweis gegenüber dem Krankenhaus.

### **3.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht**

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der zu behandelnde 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 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 Krankenhausleistungen einen strengen Maßstab anzulegen, weil diese Leistungen nur zu erbringen sind, wenn der Zustand der betreffenden Person eine Behandlung sofort erforderlich macht. Leistungen, die bis zur Rückkehr in den anderen Staat zurückgestellt werden können, dürfen nicht erbracht werden.

Handelt es sich – für den Krankenhausarzt 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.

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. Eine Abrechnung ist nur im Rahmen der von der deutschen aushelfenden Krankenkasse gemachten Kostenübernahmeerklärung zulässig.

#### **3.2.2 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Einreise nach Deutschland mit bestehender Erkrankung**

Ist ein Patient mit einer bestehenden Erkrankung eingereist, kann eine Krankenhausbehandlung nur beansprucht werden, wenn der ausländische Träger dies genehmigt hat. Dazu stellt er einen entsprechenden Anspruchsnachweis (A/T 12, A/TN 12, BH 5, D/HR 112, D/RM 112, Ju 5) aus.

Kommt eine Krankenhausbehandlung in Betracht, hat die deutsche aushelfende Krankenkasse vor der Leistungsanspruchnahme zu prüfen, ob und in welchem Umfang aufgrund des vorgelegten Anspruchsnachweises eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt.

Ist der Patient nicht im Besitz eines entsprechenden Anspruchsnachweises, kann die deutsche aushelfende Krankenkasse diese vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Teilweise kann es schwierig sein, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat einen Anspruchsnachweis zu erhalten. Die Patienten sollten deshalb sofort darüber informiert werden, dass die Zahlung der Krankenhauskosten direkt von ihnen verlangt wird, wenn sich kein anderer Kostenträger findet.

### **3.2.3 Leistungsumfang nach Abkommensrecht bei Wohnort in Deutschland**

Eine anspruchsberechtigte Person, die in Deutschland wohnt, hat nach Vorlage der Krankenversichertenkarte der deutschen aushelfenden Krankenkasse Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Sachleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenhausbehandlung).

### **3.3 Verlegung in ein anderes Krankenhaus**

Erweist sich die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus als notwendig, teilt das behandelnde Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) der deutschen aushelfenden Krankenkasse mit.

Das weiter behandelnde Krankenhaus hat die Verlegung der deutschen aushelfenden Krankenkasse mitzuteilen. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der aushelfenden Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die vom Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse.

### **3.4 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung**

Benötigt der Patient einen Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme bzw. die ambulante Krankenhausbehandlung (z. B. als Nachweis seiner Arbeitsunfähigkeit), so kann er das Krankenhaus bitten, ihm eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

### **3.5 Abrechnung der Krankenhauskosten**

Das Krankenhaus rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die der im Ausland Versicherte als aushelfende Krankenkasse gewählt hat. Die Abrechnung gegenüber dieser Krankenkasse erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V.

### **3.6 Krankenhausbehandlung ohne Vorlage eines Einweisungsscheins, eines Anspruchsnachweises bzw. einer Krankenversichertenkarte**

Für den Fall, dass sich der Anspruchsberechtigte infolge Unkenntnis oder wegen der Dringlichkeit der Krankenhausbehandlung beim Krankenhaus anstelle eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheins (Vordruckmuster 2) bzw. einer Krankenversichertenkarte nur mit einem Anspruchsnachweis des ausländischen Versicherungsträgers ausweist, so ist der Patient zunächst an die von ihm gewählte aushelfende Krankenkasse zu verweisen.

Legt der im Ausland Versicherte einen gültigen Anspruchsnachweis bzw. eine Krankenversichertenkarte nicht vor, kann die aushelfende Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben. Für den Fall, dass kein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt, kann die deutsche aushelfende Krankenkasse diesen vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Dies gilt auch, wenn sich der ausländische Versicherte für das Krankenhaus erkennbar nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Kostenträgers – eine Krankenhausbehandlung zu erhalten. Teilweise kann es schwierig sein, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat einen Anspruchsnachweis zu erhalten.

Eine Abrechnung zulasten der aushelfenden Krankenkasse kann nur erfolgen, wenn diese eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Die Patienten sollten deshalb sofort darüber informiert werden, dass die Zahlung der Krankenhauskosten direkt von ihnen verlangt wird, wenn kein Anspruchsnachweis vom zuständigen Träger übermittelt wird bzw. sich kein Kostenträger findet.

Die Abrechnung erfolgt nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V.

#### **4 Besonderheit nach dem Abkommen mit Kroatien**

Bei Patienten aus Kroatien ist Folgendes zu beachten:

Der ausländische Krankenversicherungsträger kann sich mit dem Krankenhaus in Verbindung setzen um zu erfragen, ob der Gesundheitszustand der betreffenden Person einen Rücktransport in den Heimatstaat zulässt. Der Krankenhausarzt ist nach dem Abkommen zur Erteilung einer entsprechenden Information verpflichtet. Der ausländische Krankenversicherungsträger, der an die Entscheidung des Arztes gebunden ist, organisiert und bezahlt den Rücktransport.

## **5 Kostenbeteiligung**

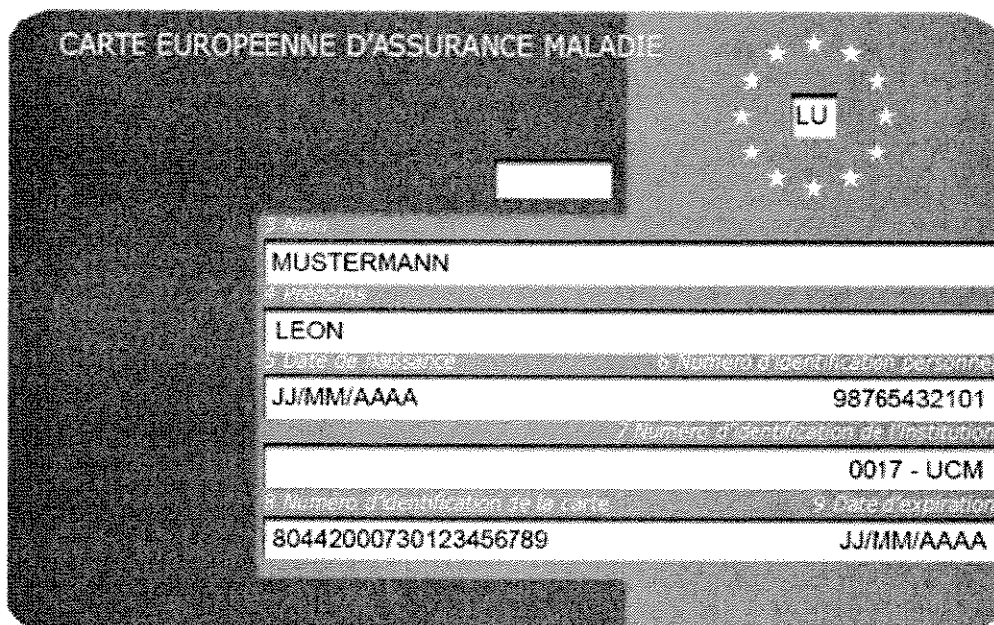
Das Krankenhaus hat die nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlung (zzt. EUR 10,00/Tag) vom Patienten einzubehalten. Damit werden spätere Schwierigkeiten beim Ausgleich dieser Forderung vermieden.

## **6 Wahlleistungen**

Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die nicht durch seinen aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften bestehenden Leistungsanspruch gedeckt sind, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA)  
in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

## Anlage 1



### Ergänzende Hinweise:

Die EHIC wird in der Regel in der jeweiligen **Amtssprache** ausgestellt und ist nicht mit dem Kartenlesegerät lesbar.

Vereinzelte wurden in **Österreich** Karten ausgestellt, die lediglich im Feld 8 (Kennnummer der Karte) einen gültigen Eintrag enthalten. Alle anderen Felder sind mit Sternchen gefüllt. Diese Karten sind ungültig und berechtigen nicht zur Leistungsaushilfe. Versicherte, die eine solche Karte vorlegen, sollten an die gewählte deutsche Krankenkasse verwiesen werden. Diese fordert bei der zuständigen österreichischen Krankenkasse eine provisorische Ersatzbescheinigung an, die zur Leistungsaushilfe berechtigt.

Die Versicherten der **schweizerischen** Krankenversicherungsträger erhalten – abweichend vom abgebildeten Muster – eine Karte, auf der das „europäische Emblem“ (Kranz aus 12 Sternen) fehlt.

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

Ausgabemitgliedstaat

1. E → <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>	2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
--	--

3. Name	<input type="text"/>
4. Vornamen	<input type="text"/>
5. Geburtsdatum	<input type="text"/>
6. Persönliche Kennnummer	<input type="text"/>

7. Kennnummer des Trägers

8. Kennnummer der Karte

9. Ablaufdatum   /   /

a)	vom	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	c)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b)	bis	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

d)

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.

Europäische Kranken-  
versicherungskarte ☐

Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte ☐

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

4 Vorname

5 Geburtsdatum

6 Persönliche Kennnummer

[illegible]

7 Kennnummer des Trägers

[illegible][illegible]

8 Kennnummer der Karte

[illegible]

9 Ablaufdatum

$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{5}$	$\frac{1}{6}$	$\frac{1}{7}$
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

### **Zusätzliche Angaben bei provisorischer Ersatzbescheinigung**

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

a) vom

b) bis	T	T	M	M	J	J
--------	---	---	---	---	---	---

Ausgabedatum der Bescheinigung c) T T M M J J

Figure 1 consists of six panels, each showing a different stage of a handwritten letter 'T'. The panels are arranged in a single row. The first panel shows a simple vertical stroke. The second panel shows a vertical stroke with a small horizontal bar at the top. The third panel shows a vertical stroke with a horizontal bar at the top and a small hook at the bottom. The fourth panel shows a vertical stroke with a horizontal bar at the top and a large, stylized hook at the bottom. The fifth panel shows a vertical stroke with a horizontal bar at the top and a large, stylized hook at the bottom, with a small vertical stroke at the end. The sixth panel shows a vertical stroke with a horizontal bar at the top and a large, stylized hook at the bottom, with a small vertical stroke at the end and a small horizontal stroke at the bottom.

**Die Identität des Patienten wurde nachgewiesen durch**

Reisepass ☐

sonstige nationale Ausweispapiere

Art: .....

Nummer des Ausweises/des Passes

Datum

T	T	B	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Krankenhausstempel/Unterschrift des Arztes

**Original für die Krankenkasse**



## Erklärung

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 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  
Potvrzuji, 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

Original für die Krankenkasse

(3.2006)

## Erklärung

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

Potvrzuji, 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

**Durchschlag zum Verbleib im Krankenhaus**

(3.2006)