

## **Hinweise**

**zur stationären/ambulanten Krankenhausbehandlung von Personen,  
die im Ausland krankenversichert sind**



## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Ausland gesetzlich Krankenversicherte haben in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf ärztliche Versorgung. Grundlage hierfür sind zum einen Rechtsvorschriften auf europäischer Ebene und zum anderen so genannte bilaterale Abkommen, die Deutschland mit anderen Staaten geschlossen hat. Die Ansprüche, die aus diesen Regelungen resultieren, sind jedoch von verschiedenen Faktoren abhängig (z. B. vorübergehender Aufenthalt oder Wohnort in Deutschland).

Wir haben die komplexen Rechtsvorschriften in Form von praxisorientierten Übersichten aufbereitet, um Ihnen eine reibungslose Patientenbetreuung zu ermöglichen. Den Übersichten, die als Orientierungshilfe für Ihre tägliche Arbeit gedacht sind, können Sie entnehmen, was im Einzelnen von der Dokumentation bis zur Abrechnung zu beachten ist. Die Ausführungen gelten sowohl für den stationären als auch den ambulanten Krankenhausaufenthalt.

Die Übersichten sind auch im Internet unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) bzw. [www.dvka.de](http://www.dvka.de)  
—> Urlaub in Deutschland —> Schnellübersichten für Leistungserbringer —> Stationäre Versorgung abrufbar.

Sollten Sie im Einzelfall Fragen zum Leistungsumfang haben, wenden Sie sich bitte an die gewählte deutsche Krankenkasse. Für generelle Auskünfte und Anregungen steht Ihnen die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter der Telefonnummer

030/39801 - 1410

zur Verfügung.

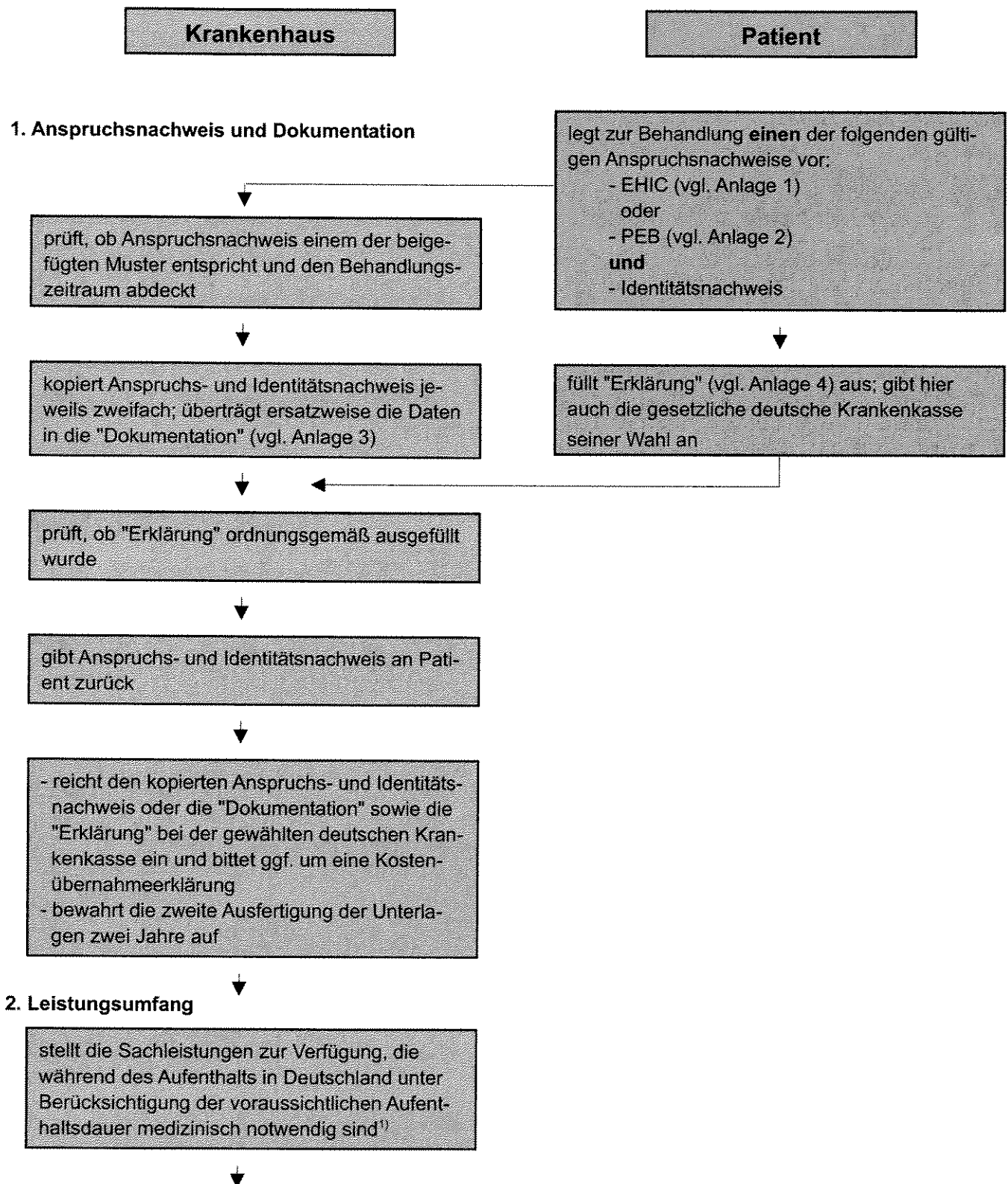
Die DVKA erreichen Sie unter 0228/9530 - 612 (Frau Steudter).

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin  
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland, Bonn

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegen.....</b>	<b>1</b>
Anlage 1 - Muster der EHIC.....	3
Anlage 2 - Muster der PEB.....	4
Anlage 3 - Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten.....	5
Anlage 4 - Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland.....	7
<b>2. Patienten, die einen Einweisungsschein vorlegen.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Patienten, die eine deutsche Krankenversichertenkarte mit der Ziffer 7 oder 8 im Feld "StatusErgänzung" vorlegen.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen.....</b>	<b>12</b>

# 1. Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegen



1) Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch die EHIC abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, kann das Kran-kenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

### 3. Abrechnung

teilt bei einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus dem aufnehmenden Krankenhaus Name und IK der gewählten deutschen Krankenkasse mit <sup>1)</sup>



stellt ggf. Nachweis über die stationäre Krankenhausaufnahme wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus



behält die vorgesehene Zuzahlung vom Patienten ein; es gelten die gleichen Regeln wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte



rechnet die Kosten zulasten der gewählten deutschen Krankenkasse ab; die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V

---

<sup>1)</sup> Das aufnehmende Krankenhaus muss die Identität des Patienten nicht erneut prüfen. Es muss jedoch die gewählte deutsche Krankenkasse über die Verlegung informieren. Die Kostenübernahme ist erst gesichert, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen Krankenkasse vorliegt.

## Anlage 1



### Ergänzende Hinweise:

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

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.

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

## 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 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

c)

b) bis

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.





**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

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

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 ausheifende deutsche Krankenkasse      Name, Vorname des Versicherten

Datum

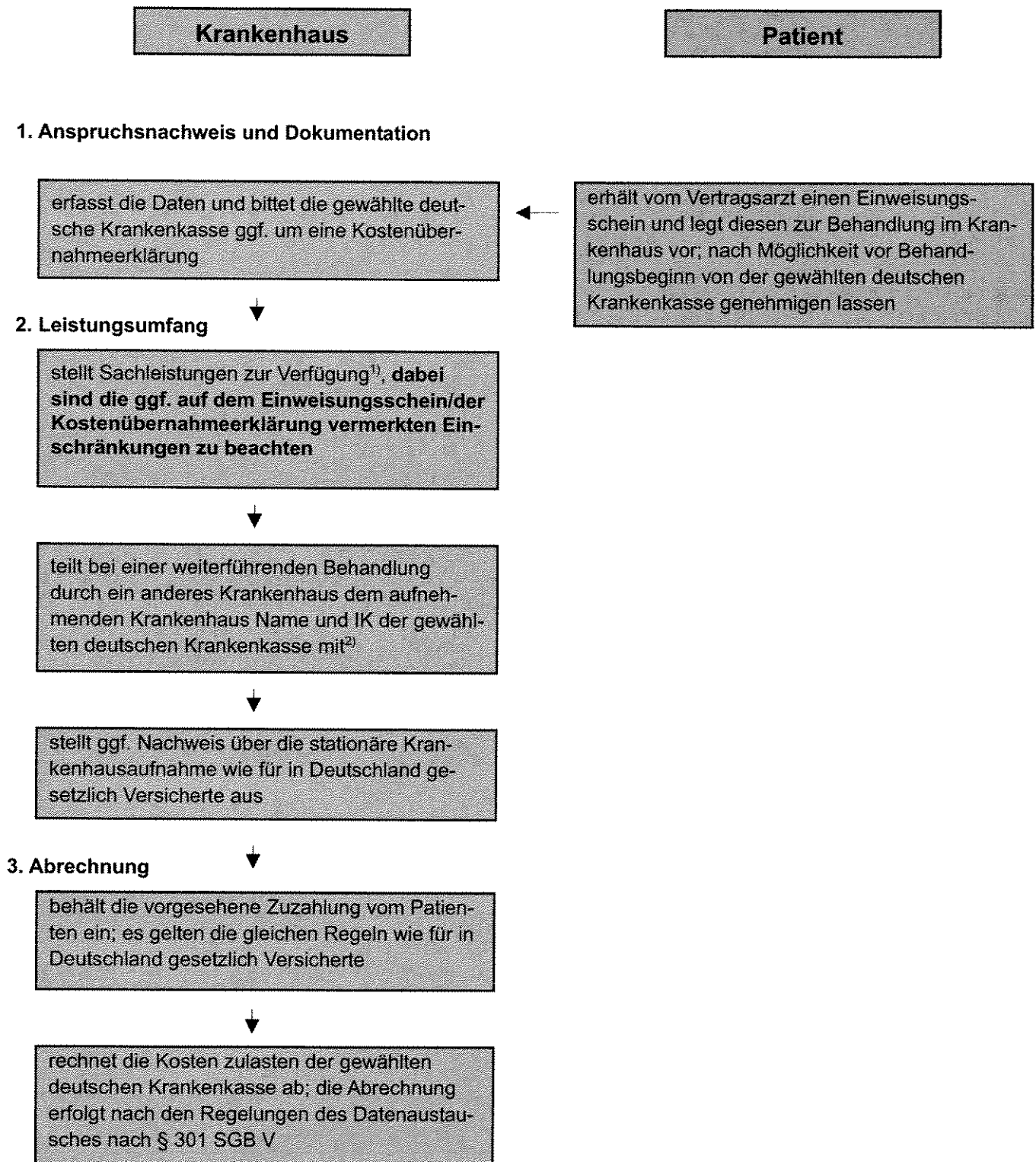
Unterschrift des Patienten

Durchschlag zum Verbleib im Krankenhaus

(3.2006)

## 2. Patienten, die einen Einweisungsschein vorlegen

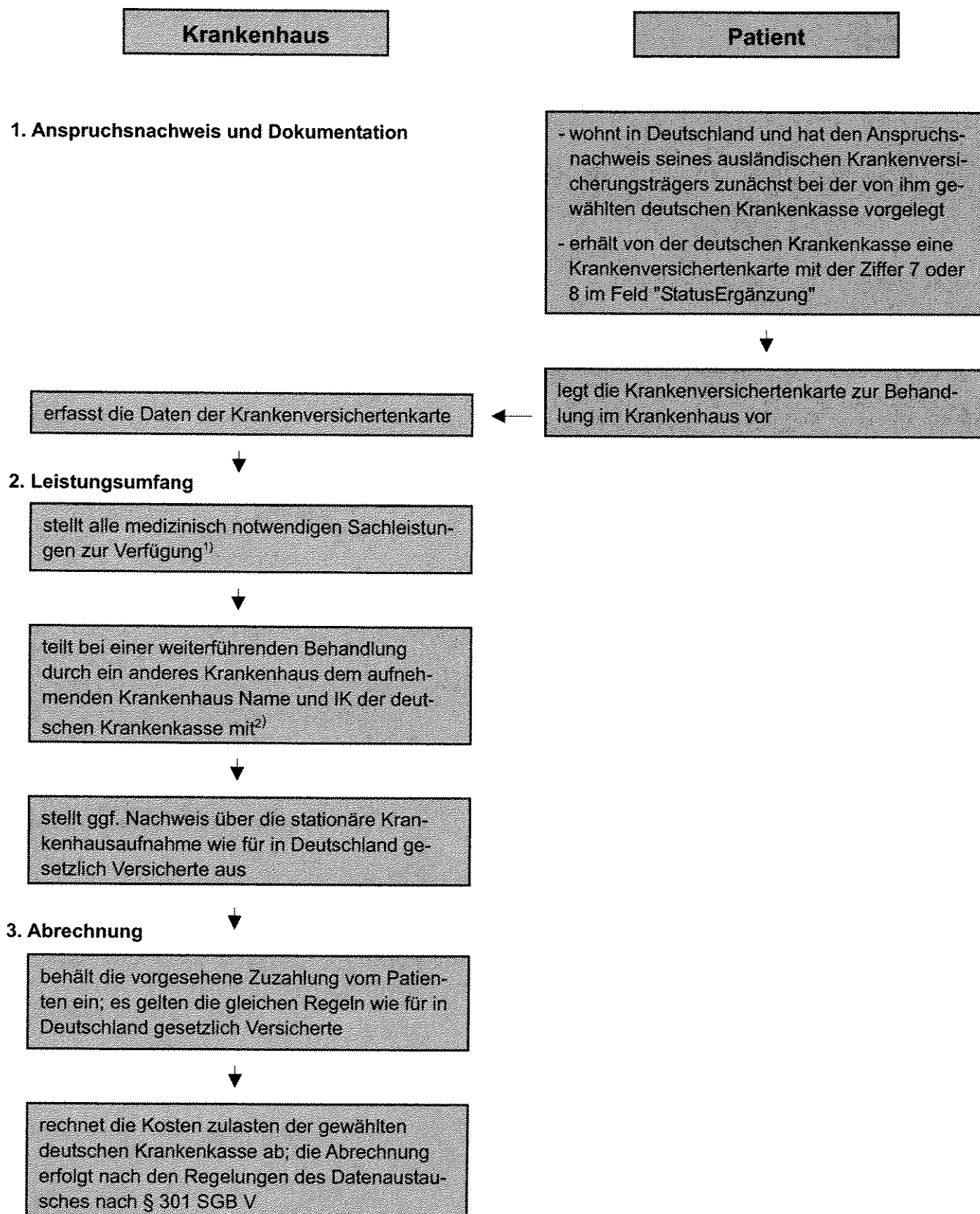


<sup>1)</sup> **Besonderheit mit Kroatien:** Der kroatische Krankenversicherungsträger kann sich mit dem Krankenhaus in Verbindung setzen um zu erfragen, ob der Gesundheitszustand der betreffenden Person einen Rücktransport nach Kroatien zulässt. Der Krankenhausarzt ist nach dem deutsch-kroatischen Abkommen über Soziale Sicherheit verpflichtet, diese Information unverzüglich zu erteilen. Der kroatische Krankenversicherungsträger, der an die Entscheidung des deutschen Arztes gebunden ist, organisiert und bezahlt den Rücktransport.

Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch den Einweisungsschein abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

<sup>2)</sup> Das aufnehmende Krankenhaus informiert die gewählte deutsche Krankenkasse über die Verlegung. Die Kostenübernahme ist erst gesichert, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen Krankenkasse vorliegt.

### 3. Patienten, die eine deutsche Krankenversichertenkarte mit der Ziffer 7 oder 8 im Feld "StatusErgänzung" vorlegen



<sup>1)</sup> Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch die Krankenversichertenkarte abgedeckten Leistungsumfang hinausgehen, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit dem Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihm abrechnen.

<sup>2)</sup> Das aufnehmende Krankenhaus informiert die gewählte deutsche Krankenkasse über die Verlegung. Die Kostenübernahme ist erst gesichert, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen Krankenkasse vorliegt.

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

##### Krankenhaus

informiert den Patienten,

- dass die Krankenhauskosten privat zu bezahlen sind, wenn sich kein Kostenträger findet. Die Abrechnung erfolgt nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V.

- dass sich der Patient an eine gesetzliche deutsche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um ggf. einen Anspruchsnachweis zu erhalten, damit die deutsche Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung ausstellen kann.

**Ausnahme:** Anspruchsnachweise aus Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei oder Tunesien können den Hinweis enthalten, dass das Krankenhaus in **dringenden** Fällen bereit sein wird, den Anspruchsnachweis entgegenzunehmen und sich eine Kostenübernahmeerklärung bei der vom Patienten zu wählenden deutschen Krankenkasse selbst (z. B. telefonisch) zu besorgen. Hier entfällt die Honorarzahlung durch den Patienten. Dies gilt jedoch nicht, wenn sich der Patient nur zur Behandlung in Deutschland aufhält bzw. die zu behandelnde Krankheit bereits vor dem Aufenthalt in Deutschland bestanden hat.

##### Patient

**kommt** aus einem EWR-<sup>1)</sup> oder Abkommensstaat<sup>2)</sup> oder der Schweiz

**und**

legt zur Behandlung

- **keine** Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)
- **keinen** Einweisungsschein
- **keine** Krankenversicherungskarte

**oder**

legt zur Behandlung

**nur** einen anderen Anspruchsnachweis seines ausländischen Krankenversicherungsträgers vor



informiert den Patienten, dass die Krankenhauskosten privat zu bezahlen sind. Die Abrechnung erfolgt nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V.

**kommt nicht** aus einem EWR-<sup>1)</sup> oder Abkommensstaat<sup>2)</sup> oder der Schweiz

**und**

legt zur Behandlung **keinen** Anspruchsnachweis vor



<sup>1)</sup> EWR-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nur griechischer Teil)

<sup>2)</sup> Abkommensstaaten: Bosnien und Herzegowina, Israel (nur Leistungen bei Mutterschaft), Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien