

Informationen zur

# STATIONÄREN UND AMBULANTEN KRANKEN- HAUSBEHANDLUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN, DIE IM AUSLAND KRANKENVERSI- CHERT SIND

---

für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser

Stand:01/2022

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

- Justitiariat -

GKV-Spitzenverband,

- Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA) -

Berlin/Bonn, Mai 2022

<b>Vorwort</b>	<b>6</b>
<b>I. Rechtsgrundlagen</b>	<b>7</b>
<b>II. Ansprüche nach EU-Recht</b>	<b>8</b>
<b>1. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ungeplante Behandlung</b>	<b>8</b>
1.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	8
1.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis	9
1.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Erklärung des Patienten	11
1.4 Leistungsumfang	12
<b>2. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung</b>	<b>13</b>
2.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	13
2.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis	15
2.3 Leistungsumfang	15
<b>3. Wohnort in Deutschland</b>	<b>16</b>
3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	16
3.2 Leistungsumfang	16
<b>4. Allgemeines</b>	<b>16</b>
4.1 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	16
4.2 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung	16
4.3 Abrechnung der Krankenhauskosten	17

<b>III. Ansprüche nach Abkommensrecht</b>	<b>18</b>
<b>1. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ungeplante Behandlung</b>	<b>18</b>
1.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	18
1.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis	19
1.3 Leistungsumfang	20
<b>2. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung</b>	<b>21</b>
2.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	21
2.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis	21
2.3 Leistungsumfang	22
<b>3. Wohnort in Deutschland</b>	<b>22</b>
3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	22
3.2 Leistungsumfang	22
<b>4. Allgemeines</b>	<b>23</b>
4.1 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	23
4.2 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung	23
4.3 Abrechnung der Krankenhauskosten	23
<b>IV. Allgemeine Vorschriften</b>	<b>24</b>
<b>1. Wahl einer deutschen Krankenkasse</b>	<b>24</b>
<b>2. Kostenbeteiligung der Patientin / des Patienten</b>	<b>24</b>
2.1 Zuzahlung nach den Vorgaben des § 43 c Abs. 3 SGB V	24
2.2 Wahlleistungen	24
2.3 Abrechnung der Kosten einer stationären Behandlung, wenn die vorgelegte Anspruchsbescheinigung nicht den gesamten Leistungszeitraum umfasst	24
<b>3. Rettungsdienste</b>	<b>25</b>

Anhang 1 – Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)	26
Anhang 2 – Muster Provisorische Ersatzbescheinigung	28
Anhang 3 – Citizens' Rights Agreement (CRA) EHIC und Global Health Insurance Card (GHIC)	29
Anhang 4 – Muster Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung	31
Anhang 5 – Muster Nationaler Anspruchsnachweis	32
Anhang 6 – Ansprechpartner	33

Das vorliegende Merkblatt wurde gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband, DVKA erstellt. Es gibt ausführliche Hinweise für solche Fälle, in denen versicherte Personen ausländischer Träger der Sozialversicherung und deren Familienangehörige aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften eine Krankenhausbehandlung in Deutschland beanspruchen können.

Das Merkblatt ist auf den Internetseiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) abrufbar. Sie finden sie auch unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de) - Informationen für Leistungserbringer - Stationäre Versorgung.

Auf Ansprüche im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die aus der sogenannten Europäischen Richtlinie zur Patientenmobilität (Richtlinie 2011/24/EU) resultieren, geht dieses Merkblatt nicht ein. Hierbei handelt es sich um Patienten, die nach Deutschland zur Behandlung eingereist sind und ein zugelassenes Krankenhaus als Privatpatient aufsuchen. Weitere Informationen zu den Ansprüchen und zur Abrechnung der Kosten in diesen Fällen finden Sie auf den Seiten der Nationalen Kontaktstelle unter [www.eu-patienten.de](http://www.eu-patienten.de).

## I. Rechtsgrundlagen

Im Ausland gesetzlich krankenversicherte 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 (EG) über soziale Sicherheit
- Austritts- bzw. Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland
- Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit<sup>1</sup>
- 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).

## II. Ansprüche nach EU-Recht<sup>2</sup>

Das EU-Recht gilt für folgende Staaten:

- **EU-Staaten:** Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nur griechischer Teil)
- **EWK-Staaten:** Island, Liechtenstein, Norwegen
- die **Schweiz**
- das **Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland**

### 1. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ungeplante Behandlung

#### 1.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme ist, dass die zu behandelnde Person im Besitz einer vom ausländischen Krankenversicherungsträger (=zuständiger Träger) ausgestellten Anspruchsbescheinigung ist.

Personen, die sich **vorübergehend** – z. B. zu Urlaubszwecken – in Deutschland aufhalten, können sich in Notfällen mit einem entsprechenden Anspruchsnachweis und ihrem Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) 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 eine Anspruchsbescheinigung vorgelegen.

Für Personen, die sich **vorübergehend** – z. B. zu Urlaubszwecken – in Deutschland aufhalten, kommen in der Regel folgende Anspruchsbescheinigungen in Betracht:

- **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, vgl. Anhang 1
- **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)**, vgl. Anhang 2
- **Citizens' Rights Agreement (CRA-EHIC) und Global Health Insurance Card (GHIC)** – (betrifft nur Patientinnen und Patienten aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland), vgl. Anhang 3

---

<sup>2</sup> Im Rahmen dieses Merkblatts fallen hierunter auch die Behandlungsansprüche von Patientinnen und Patienten des Vereinigten Königreiches Großbritannien und Nordirland, die aufgrund des Austritts- oder Handels- und Kooperationsabkommens zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich bestehen.



EHIC, CRA-EHIC und GHIC berechtigen entsprechend der bestehenden EU-Regelungen nur dann zur Inanspruchnahme von Sachleistungen im Rahmen der EG-Verordnungen Nr. 883/04 und Nr. 987/09, wenn sie als physische Karte vorgelegt werden.

Nähere Informationen zu den im EU-Ausland ausgestellten EHICs und PEBs finden Sie unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de) ⇒ Informationen für Leistungserbringer ⇒ **Informationsportal EHIC/PEB**.

Das Informationsportal gibt Antworten auf die Fragen,

- ob es sich bei der vorgelegten Karte um eine EHIC handelt,
- ob es sich bei der vorgelegten Bescheinigung um eine PEB handelt,
- welche Besonderheiten ggf. in Bezug auf den jeweiligen Staat zu beachten sind.

Es enthält Ansichtsmuster der in den einzelnen Mitgliedstaaten verwendeten EHICs und PEBs und Informationen zur Gültigkeitsdauer der EHIC sowie zu den dem GKV-Spitzenverband, DVKA bekannten Besonderheiten in den einzelnen Mitgliedstaaten. So findet man hier unter dem Länderbutton „Vereinigtes Königreich“ z. B. auch Informationen zur CRA-EHIC und zur GHIC. Darüber hinaus enthält das Informationsportal Hinweise auf länderspezifische Krankenversicherungskarten, die zwar auf den ersten Blick wie eine EHIC aussehen, jedoch nicht dazu berechtigen, Leistungen im Rahmen der EG-Verordnungen in Anspruch zu nehmen.

Zur schnellen Informationsfindung kann der Staat ausgewählt werden, in dem die Person versichert ist.

Neben der Anspruchsbescheinigung ist ein Identitätsnachweis vorzulegen. Als Identitätsnachweis gilt ein Personalausweis (ID-Card) oder ein Reisepass.

## 1.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis

Legt die im Ausland versicherte Person eine der vorgenannten Anspruchsbescheinigungen und/oder den Identitätsnachweis nicht vor, kann die gewählte deutsche Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben.

Das Krankenhaus sollte die Patientinnen und Patienten deshalb sofort darüber informieren, dass es berechtigt und verpflichtet ist, von diesen eine Vergütung nach den in Deutschland geltenden Gesetzen und deren Vergütungsregelungen zu fordern.

Da nach EU-Recht die Möglichkeit besteht, eine Anspruchsbescheinigung bzw. den Identitätsnachweis nachzureichen, wird empfohlen, dass die Patientinnen und Patienten die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (siehe Kapitel II. 1.3 und Anhang 4) auch in den Fällen ausfüllen, in denen Sie bei Aufnahme keine Anspruchsbescheinigung und/oder keinen Identitätsnachweis vorlegen können. Das bietet den Vorteil, dass das Krankenhaus bei nachträglicher Vorlage der Anspruchsbescheinigung bereits über die im Rahmen der Dokumentation notwendige Patientenerklärung inklusive der Wahl der Krankenkasse verfügt und nur noch eine Kopie der Anspruchsbescheinigung anfertigen muss, um einen

Kostenübernahmeantrag gegenüber der Krankenkasse zu stellen, die von der Patientin bzw. dem Patienten gewählt wurde.

Die zu behandelnde Person kann als Anspruchsnachweis eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) nachreichen. Eine EHIC oder GHIC kann nur am Aufnahmetag oder spätestens am folgenden Arbeitstag nachgereicht werden.

Um eine Privatrechnung abzuwenden, hat die zu behandelnde Person die Möglichkeit, ihren Krankenversicherungsträger im Heimatstaat noch während des Aufenthalts im Krankenhaus zu kontaktieren, damit dieser eine PEB direkt, z. B. per E-Mail oder Fax, an das Krankenhaus sendet.

Dass das Krankenhaus eine PEB unmittelbar beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordert, ist nach EU-Recht hingegen **nicht vorgesehen**. Es bleibt den Krankenhäusern jedoch unbenommen, die Patientinnen und Patienten bei der Anforderung der provisorischen Ersatzbescheinigung beim zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger zu unterstützen. Dies kann insbesondere in Grenzregionen mit guten Kontakten zwischen einem grenznahen Krankenhaus und dem ausländischen Träger ein gangbarer Weg sein. In diesem Fall sollte aber deutlich gemacht werden, dass es sich um eine Anforderung durch die Patientin bzw. den Patienten handelt.

Darüber hinaus kann die zu behandelnde Person auch die von ihr gewählte deutsche Krankenkasse bitten, eine PEB anzufordern. Auch das Krankenhaus hat die Möglichkeit im Rahmen der Verwaltungshilfe, die von der Patientin bzw. dem Patienten gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu bitten.

Macht das Krankenhaus von dieser Möglichkeit Gebrauch, stellt es der deutschen Krankenkasse mit dem Auftrag zur Anforderung einer Anspruchsbescheinigung folgende Dokumente bzw. Angaben zur Verfügung:

- das von der Patientin/dem Patienten vollständig ausgefüllte Formular "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung"
- Bezeichnung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers (z.B. Kopie der nationalen Krankenversicherungskarte),
- die persönliche Identifikationsnummer (PIN) beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger. Die PIN befindet sich in der Regel auf der nationalen Krankenversicherungskarte. Liegt diese Nummer nicht vor, sind folgende Angaben erforderlich: Geburtsort und Geburtsland der zu behandelnden Person.

Es wird daher empfohlen, auch in den Fällen, in denen die zu behandelnde Person keine EHIC oder PEB und/oder keinen Identitätsnachweis vorlegen kann, eine Patientenerklärung "Europäische Krankenversicherung" ausfüllen und unterschreiben zu lassen.

Allein durch die Anforderung einer Anspruchsbescheinigung wird keine Kostenzusage an das Krankenhaus getätigt.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass eine nachträgliche Anforderung einer Anspruchsbescheinigung beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger oftmals nur mit mäßigem Erfolg verbunden ist.

Wird eine EHIC, GHIC oder PEB vorgelegt und ist für das Krankenhaus erkennbar, dass sich die Patientin bzw. der Patient nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträgers – eine Behandlung zu erhalten, sind die Behandlungskosten direkt mit der zu behandelnden Person abzurechnen.

### 1.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Patientenerklärung

Die Durchführung der Dokumentation ist nicht erforderlich, wenn die Krankenhausbehandlung auf der Basis eines von einer Vertragsärztin / einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheines (Vordruckmuster 2) erfolgt. Die Dokumentation wurde in diesem Fall bereits von der einweisenden Vertragsärztin / dem einweisenden Vertragsarzt durchgeführt. Um die gewählte deutsche Krankenkasse in die Lage zu versetzen, den Kostenübernahmeantrag zu prüfen und somit den Abrechnungsprozess nicht unnötig zu verzögern, ist darauf zu achten, dass im Rahmen des DTA-Verfahrens nach § 301 SGB V die Arztnummer der einweisenden Vertragsärztin / des einweisenden Vertragsarztes angegeben wird. Es wäre in diesen Fällen auch hilfreich, der gewählten deutschen Krankenkasse eine Kopie des Einweisungsscheins zu übersenden.

Sollte das Krankenhaus ohne vorherige Einweisung einer Vertragsärztin / eines Vertragsarztes von einer Patientin / einem Patienten direkt in Anspruch genommen werden, ist die Dokumentation wie nachfolgend beschrieben durchzuführen.

Patientinnen und Patienten, die in einem anderen EU-/EWR-Staats, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland krankenversichert sind und während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland stationäre Behandlung benötigen, können sich mit der EHIC/GHIC oder PEB und ihrem Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass) direkt an ein Krankenhaus wenden.

Da die Anspruchsbescheinigung (EHIC/GHIC oder PEB) nicht einbehalten werden darf, ist der Behandlungsanspruch der Patientinnen und Patienten wie folgt zu dokumentieren:

Das Krankenhaus überprüft die Identität der Patientinnen und Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises sowie die Gültigkeit der EHIC/GHIC bzw. PEB.

Die EHIC/GHIC bzw. PEB wird zweifach kopiert. Die lesbaren Kopien werden mit Datum, Unterschrift und Krankenhaustempel versehen.

Vor Durchführung der Behandlung haben die Patientinnen und Patienten die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" (vgl. Anhang 3) in der von ihnen gewünschten Sprachfassung auszufüllen und zu unterschreiben (siehe Infokasten). Ebenfalls anzugeben ist die von ihnen gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse. Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl befinden sich im Kapitel IV.1., Seite 24.

Die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" steht - in allen Teilen zweisprachig - in folgenden Sprachen zur Verfügung:

Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch.

Da alle Versionen auch die deutsche Sprachfassung beinhalten, steht eine Version in ausschließlich deutscher Sprache nicht zur Verfügung.

Das Krankenhaus achtet darauf, dass die "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" vollständig ausgefüllt wird und sendet das Original der Patientenerklärung sowie eine mit Krankenhausstempel und Unterschrift versehene Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse. Wird im Zusammenhang mit der Übermittlung der genannten Unterlagen eine Kostenübernahmeerklärung von der gewählten Krankenkasse angefordert, empfiehlt es sich, dass das Krankenhaus die Unterlagen der Krankenkasse vorab per Fax zur Verfügung stellt. Das Verfahren zur Anforderung einer Kostenübernahmeerklärung ist so durchzuführen, als würde es sich um eine in Deutschland versicherte Person handeln.

In den Fällen, in denen die zu behandelnde Person aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht in der Lage ist, eine deutsche Krankenkasse zu wählen, z. B. weil sie im Koma liegt, kann die Wahl der Krankenkasse und das Ausfüllen der Patientenerklärung durch das Krankenhaus vorgenommen werden.

Eine Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB sowie der Patientenerklärung verbleiben beim Krankenhaus und müssen dort zwei Jahre aufbewahrt werden.

## 1.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (u. a. stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die zu behandelnden Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen gleichgestellt (siehe auch Kapitel IV.2., Seite 24). Der Umfang des Sachleistungsanspruchs ist allerdings davon abhängig, zu welchem Personenkreis die zu behandelnden Patientinnen und Patienten gehören. Für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, wobei der Aufenthalt in Deutschland nicht aus medizinischen Gründen erfolgt (z. B. Touristinnen und Touristen, entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Studierende) gilt Folgendes:

**Anspruch besteht auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.**

Was „unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ zu verstehen ist, soll das nachfolgende Beispiel verdeutlichen.

## **Beispiel 1:**

Ein Student hält sich für vier Semester in Deutschland auf und ist weiter über seine Eltern in Spanien familienversichert. Die medizinische Versorgung in Deutschland erhält er durch Vorlage der EHIC seiner spanischen Krankenversicherung.

Am 15.07. erleidet er beim Sport eine Meniskusverletzung. Der Arzt empfiehlt diese in der nächsten Zeit operativ behandeln zu lassen. Am 17.07. stellt sich der Patient im örtlichen Krankenhaus vor und erhält für den 03.08. einen OP-Termin.

## **Ergebnis:**

Die Behandlung ist unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig, da sie nicht bis zur geplanten Rückkehr aufgeschoben werden kann und somit von der EHIC erfasst.

## **Beispiel 2:**

Ein Rentner aus Rumänien besucht für drei Wochen seine Kinder und Enkelkinder in Deutschland. Er ist im Besitz einer gültigen EHIC.

In der zweiten Woche seines Aufenthaltes begibt er sich nachts wegen starker Schmerzen und Harnverhalts in die Notaufnahme eines Krankenhauses und legt dort die EHIC vor. Es wird ein Katheter gelegt. Bei der anschließenden Diagnostik stellt sich heraus, dass er unter einem Prostataadenom leidet, welches operativ entfernt werden muss. Die Operation muss jedoch nicht sofort bzw. innerhalb der Aufenthaltsdauer des Patienten in Deutschland durchgeführt werden, sondern kann nach dessen Rückkehr nach Rumänien vorgenommen werden.

## **Ergebnis:**

Die Behandlung (hier: Operation des Prostataadenoms) ist unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer medizinisch nicht notwendig, da sie bis zur geplanten Rückkehr aufgeschoben werden kann. Sie ist somit nicht von der EHIC erfasst.

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 Kapitel II, 2. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung).

## **2. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung**

### **2.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung**

#### **a) Allgemein**

Personen, die in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversichert sind und vom ausländischen

zuständigen Krankenversicherungsträger die Genehmigung erhalten haben, sich in Deutschland behandeln zu lassen, müssen ihre Anspruchsbescheinigung (PD S2) vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort vorlegen. Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl befinden sich im Kapitel IV.1., Seite 26. Vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ggf. vorgegebene Einschränkungen hinsichtlich des Behandlungsumfangs sind dem PD S2 zu entnehmen.

Die gewählte deutsche Krankenkasse prüft vor der Leistungsanspruchnahme, ob und in welchem Umfang aufgrund der Anspruchsbescheinigung eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme für das Krankenhaus erst dann, wenn ihm eine Kostenübernahmeerklärung der gewählten deutschen Krankenkasse vorliegt.

Sollte sich die zu behandelnde Person direkt mit der Anspruchsbescheinigung (PD S2) an das Krankenhaus wenden, prüft dieses die Identität der Person, den Bedarf und Umfang der auf der Anspruchsbescheinigung bestätigten stationären Behandlung und lässt die zu behandelnde Person eine deutsche Krankenkasse wählen. Anschließend wendet es sich zur Klärung der Kostenübernahme an die gewählte deutsche Krankenkasse.

Sollte die zu behandelnde Person im Einzelfall einen von einer deutschen Krankenkasse ausgestellten Nationalen Anspruchsnachweis für die vertragsärztliche Versorgung (siehe Anhang 5) vorlegen, prüft das Krankenhaus die Identität der Person sowie den Bedarf und Umfang der auf dem Nationalen Anspruchsnachweis bestätigten stationären Behandlung und wendet sich zur Klärung der Kostenübernahme an die Krankenkasse.

Hilfsweise kann das Krankenhaus die zu behandelnde Person auf die Notwendigkeit hinweisen, ihre Anspruchsbescheinigung (PD S2) vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihr gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort vorzulegen.

### b) Fortsetzung einer Behandlung bei Grenzgängern in Rente

Personen, die eine Rente beziehen, in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland wohnen und zuletzt vor Rentenbeginn in Deutschland gearbeitet haben, haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Fortsetzung einer bereits in Deutschland begonnenen Behandlung. Unter dem Begriff „Fortsetzung der Behandlung“ ist die fortlaufende Untersuchung, Diagnose und Behandlung der Krankheit zu verstehen. Auch in diesem Fall muss die vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellte Anspruchsbescheinigung (PD S3) zunächst bei der gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort vorgelegt werden.

Die deutsche aushelfende Krankenkasse prüft vor der Leistungsanspruchnahme, ob und in welchem Umfang aufgrund der Anspruchsbescheinigung eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme für das Krankenhaus erst dann, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der deutschen aushelfenden Krankenkasse vorliegt.

Sollte sich die zu behandelnde Person direkt mit der Anspruchsbescheinigung PD S3 an das Krankenhaus wenden, gelten die voranstehenden Ausführungen unter Punkt 2.1 a) entsprechend.

## 2.2 Fehlende bzw. unrichtige Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis

Legt die im Ausland versicherte Person eine Anspruchsbescheinigung (PD S2 oder PD S3) und/oder den Identitätsnachweis nicht vor, kann die gewählte deutsche Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben.

Das Krankenhaus sollte die Patientinnen und Patienten deshalb sofort darüber informieren, dass es berechtigt und verpflichtet ist, von diesen eine Vergütung nach den in Deutschland geltenden Gesetzen und deren Vergütungsregelungen zu fordern.

Die Behandlungskosten sind ebenfalls direkt mit der zu behandelnden Person abzurechnen, wenn diese eine EHIC, GHIC oder PEB vorgelegt und für das Krankenhaus erkennbar ist, dass sich die Patientin bzw. der Patient nach Deutschland begeben hat, um hier – ohne Genehmigung des zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträgers – eine Behandlung zu erhalten.

Im Zusammenhang mit einer geplanten Behandlung besteht aktuell nach EU-Recht allenfalls für die zu behandelnde Person die Möglichkeit, nachträglich eine Anspruchsbescheinigung anzufordern. Erfahrungsgemäß sind die Aussichten, vom ausländischen zuständigen Träger nach der Abreise aus dem Heimatstaat eine Anspruchsbescheinigung zu erhalten, allerdings gering einzuschätzen. Daher sollte von der Berechtigung, mit der behandelnden Person direkt abzurechnen (§ 1 Absatz 6 der Empfehlung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte) konsequent Gebrauch gemacht werden.

## 2.3 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen gleichgestellt (siehe auch Kapitel IV.2., Seite 24). Für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, wobei der Aufenthalt in Deutschland aus medizinischen Gründen mit Genehmigung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers erfolgt, gilt Folgendes:

**Der Leistungsumfang richtet sich nach den Vorgaben, die der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger im Rahmen seiner Genehmigung zur Behandlung in Deutschland gemacht hat. Diese werden von der gewählten aushelfenden deutschen Krankenkasse bei der Kostenübernahmeerklärung berücksichtigt.**

Zeichnet sich während der Behandlung ab, dass die Verweildauer die in der Anspruchsbescheinigung angegebene Anspruchsdauer überschreitet, informiert das Krankenhaus die zu behandelnde Person und die gewählte deutsche Krankenkasse unverzüglich, damit eine weitere Anspruchsbescheinigung vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger angefordert werden kann.

## 3. Wohnort in Deutschland

### 3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Personen, die in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversichert sind und in Deutschland wohnen, sind in der Regel bei einer deutschen aushelfenden Krankenkasse ihrer Wahl eingeschrieben und erhalten von dieser eine eGK. Diese eGK dient im Leistungsfall als Anspruchsnachweis gegenüber dem Krankenhaus.

### 3.2 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die zu behandelnden Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den bei einer deutschen Krankenkassen versicherten Personen gleichgestellt (siehe auch Kapitel IV.2., Seite 24). Gleiches gilt in Bezug auf den Leistungsumfang:

**Es besteht Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Sachleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenhausbehandlung).**

## 4. Allgemeines

### 4.1 Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Ist die Durchführung einer weiterführenden Behandlung durch ein anderes Krankenhaus 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 des Kapitels II, Abschnitte 1.1 und 1.2 entsprechend. Die Identität der Patientinnen und 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 deutschen aushelfenden Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die von den Patientinnen und Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

### 4.2 Bescheinigung über die stationäre Krankenaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die Bestimmungen zu beachten, die für Personen gelten, die bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind. Benötigen die Patientinnen und Patienten einen Nachweis über die Dauer ihres stationären Aufenthaltes, so können sie das Krankenhaus um Ausstellung einer entsprechenden Liegebescheinigung bitten. Wird im Rahmen des Entlassmanagements Arbeitsunfähigkeit nach einer stationären Krankenhausbehandlung (bis ma-



ximal 7 Tage nach der Entlassung) durch das Krankenhaus festgestellt, erstellt dieses eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und händigt den Patientinnen und Patienten eine mittels Stylesheet erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigungen Krankenkasse, Versicherter und Arbeitgeber) aus, im Falle einer vorangegangenen ambulanten Krankenhausbehandlung nur, soweit die Befugnis zur Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit besteht. Dies gilt auch für die Patientinnen und Patienten, die in Deutschland wohnen und eine eGK mit der Statusziffer 7 vorlegen. Im Adressfeld ist unter „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ die von den Patientinnen und Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse anzugeben.

### 4.3 Abrechnung der Krankenhauskosten

Das Krankenhaus rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse ab, die die im Ausland gesetzlich krankenversicherte Person 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 der im Ausland versicherten Person 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.

Das Krankenhaus hat die nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlung nach den Vorgaben des § 43 c Abs. 3 SGB V von den Patientinnen und Patienten einzubehalten (siehe auch Kapitel IV. 2., Seite 24).

## III. Ansprüche nach Abkommensrecht

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

- Bosnien und Herzegowina
- Nordmazedonien
- Montenegro
- Serbien
- Türkei
- Tunesien

### 1. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ungeplante Behandlung<sup>3</sup>

#### 1.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Personen aus Abkommensstaaten, die während ihres vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland einer Krankenhausbehandlung bedürfen, müssen sich mit der von ihrem ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung (BH 6, D/RM 111, DE/MNE 111, DE 111 SRB, A/T 11, A/TN 11) zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse am Aufenthaltsort wenden. Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl befinden sich im Kapitel IV.1., Seite 24.

Hier erhalten sie einen mit den notwendigen Angaben versehenen Nationalen Anspruchsnachweis zur Vorlage beim Vertragsarzt (siehe Anlage 5). Im Regelfall wird der Nachweis eines Anspruchs auf eine stationäre/ambulante Krankenhausbehandlung durch den von einer Vertragsärztin / einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) erfolgen. Auf dem Einweisungsschein ist – soweit vorhanden – die von der deutschen Krankenkasse auf dem Nationalen Anspruchsnachweis angegebene Statusziffer aufgetragen. Vor Aufnahme ins Krankenhaus ist nach Möglichkeit die Genehmigung der gewählten deutschen Krankenkasse einzuholen.

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

---

<sup>3</sup> Beschrieben werden hier im Zusammenhang mit der Anwendung bilateraler Abkommen über Soziale Sicherheit prinzipiell nur solche Sachverhalte, in denen die behandlungsbedürftige Erkrankung – und damit der Versicherungsfall im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung – erst nach der Einreise in Deutschland eingetreten ist. Bestand die zu behandelnde Erkrankung dagegen bereits vor der Ausreise aus dem Abkommensstaat, ist der Sachverhalt regelmäßig als „geplante Behandlung“ (vgl. Kapitel III.2) zu behandeln. Dies gilt auch für den Fall, dass die Erkrankung schon vor der Ausreise im Abkommensstaat bestand, dort aber noch nicht behandelt wurde.

Für den Fall, dass sich die zu behandelnde Person infolge Unkenntnis oder wegen der Dringlichkeit der Krankenhausbehandlung beim Krankenhaus anstelle eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Einweisungsscheins (Vordruckmuster 2) nur mit der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers ausweist, prüft das Krankenhaus die Identität der Person, den Bedarf und Umfang der stationären Behandlung (siehe Kapitel III 1.3, Seite 20) und lässt die zu behandelnde Person eine deutsche Krankenkasse wählen. Anschließend wendet es sich zur Klärung der Kostenübernahme an die gewählte deutsche Krankenkasse.

Sollte die zu behandelnde Person im Einzelfall einen von einer deutschen Krankenkasse ausgestellten Nationalen Anspruchsnachweis für die vertragsärztliche Versorgung (siehe Anhang 5) vorlegen, prüft das Krankenhaus die Identität der Person, ob der Bedarf und Umfang der stationären Behandlung (siehe Kapitel III 1.3, Seite 20) durch die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis abgedeckt sind und wendet sich zur Klärung der Kostenübernahme an die Krankenkasse.

Hilfsweise kann das Krankenhaus die zu behandelnde Person auf die Notwendigkeit hinweisen, ihre Anspruchsbescheinigung (z. B. Vordruck A/T 11) vor Behandlungsbeginn zunächst bei der von ihr gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort vorzulegen.

## **1.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis**

Legt die im Ausland versicherte Person eine der vorgenannten Anspruchsbescheinigungen und/oder den Identitätsnachweis nicht vor, kann die gewählte deutsche Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben.

Das Krankenhaus sollte die Patientinnen und Patienten deshalb sofort darüber informieren, dass es berechtigt und verpflichtet ist, von diesen eine Vergütung nach den in Deutschland geltenden Gesetzen und deren Vergütungsregelungen zu fordern.

Um eine Privatrechnung abzuwenden, kann die zu behandelnde Person die von ihr gewählte deutsche Krankenkasse bitten, eine Anspruchsbescheinigung anzufordern. Auch das Krankenhaus hat die Möglichkeit, im Auftrag der zu behandelnden Person, die gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu bitten.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass eine nachträgliche Anforderung einer Anspruchsbescheinigung beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger oftmals nur mit mäßigem Erfolg verbunden ist.

Macht das Krankenhaus dennoch von der Möglichkeit Gebrauch, die gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu bitten, ist zu beachten, dass die deutsche Krankenkasse folgende Angaben benötigt:

- Einen Nachweis, dass die betreffende Krankenkasse von der Patientin bzw. dem Patienten gewählt wurde,
- Personalien (Name, Vorname, Geburtsdatum),
- möglichst die Nummer des Identitätsnachweises,
- Bezeichnung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers,
- die Wohnanschrift der Patientin bzw. des Patienten im Heimatstaat,

- die persönliche Identifikationsnummer beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger.

Diese sind der gewählten deutschen Krankenkasse mit dem Auftrag zur Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu übersenden. Ist die Patientin bzw. der Patient im Besitz einer nationalen Krankenversicherungskarte, sollte auch eine Kopie dieser Karte beigelegt werden.

Allein durch die Anforderung einer Anspruchsbescheinigung wird keine Kostenzusage an das Krankenhaus getätigt. Es wird daher empfohlen, den Vergütungsanspruch nach den in Deutschland geltenden Regelungen (u.a. der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V oder nach § 116 b Abs. 6 SGB V weiter zu verfolgen.

### 1.3 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die zu behandelnden Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen gleichgestellt (siehe auch Kapitel IV.2., Seite 24). Allerdings gelten hier Einschränkungen beim Umfang des Sachleistungsanspruchs.

Für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten und akut erkranken, gilt Folgendes:

**Anspruch besteht nur auf sofort notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen gilt der Anspruch nur bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung.**

Für den Umfang der Krankenhausleistungen ist ein strenger 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 die Krankenhausärztin / den Krankenhausarzt ersichtlich – um eine Erkrankung, die bereits vor der Einreise nach Deutschland begonnen bzw. bestanden hat, bedarf es einer besonderen Genehmigung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers. In diesem Fall kann die zu behandelnde Person zur Anforderung der erforderlichen Anspruchsbescheinigung und Klärung der Kostenübernahme an ihren ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger bzw. die von ihr gewählte deutsche Krankenkasse verwiesen werden. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass ausländische zuständige Träger in der Regel nachträglich keine Genehmigung erteilen können, z. B., weil innerstaatliche Rechtsvorschriften vorsehen, dass eine Kommission über die Genehmigung vor der Ausreise in den anderen Staat entscheiden muss. Daher wird empfohlen, Leistungen, die über den vorgenannten Grundsatz hinausgehen, direkt mit der zu behandelnden Person abzurechnen.

Eine Abrechnung über die gewählte deutsche Krankenkasse ist nur im Rahmen der von dieser erteilten Kostenübernahmeerklärung zulässig.

## 2. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung<sup>4</sup>

### 2.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Sind Patientinnen und Patienten mit einer bestehenden Erkrankung eingereist, kann eine Krankenhausbehandlung nur beansprucht werden, wenn der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger dies genehmigt hat. Dazu stellt er eine entsprechende Anspruchsbescheinigung (A/T 12, A/TN 12, BH 5, DE/MNE 112, D/RM 112, DE 112 SRB) aus.

Die Patientinnen und Patienten müssen die Anspruchsbescheinigung vor Behandlungsbeginn zunächst bei einer von ihnen gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort vorlegen. Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl befinden sich im Kapitel IV.1., Seite 24.

Kommt eine Krankenhausbehandlung in Betracht, hat die gewählte deutsche Krankenkasse vor der Leistungsinanspruchnahme zu prüfen, ob und in welchem Umfang aufgrund der vorgelegten Anspruchsbescheinigung eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus abgegeben werden kann. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der gewählten deutschen Krankenkasse vorliegt.

Sollte sich die zu behandelnde Person direkt mit der Anspruchsbescheinigung (z. B. Vordruck A/T 12) an das Krankenhaus wenden, gelten die voranstehenden Ausführungen unter Punkt 1.,1.1 entsprechend.

### 2.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / fehlender Identitätsnachweis

Legt die im Ausland versicherte Person eine der vorgenannten Anspruchsbescheinigungen und/oder den Identitätsnachweis nicht vor, kann die gewählte deutsche Krankenkasse keine Kostenübernahmeerklärung abgeben.

Das Krankenhaus sollte die Patientinnen und Patienten deshalb sofort darüber informieren, dass es berechtigt und verpflichtet ist, von diesen eine Vergütung nach den in Deutschland geltenden Gesetzen und deren Vergütungsregelungen zu fordern.

Die zu behandelnde Person hat grundsätzlich die Möglichkeit, sich zur Klärung der Kostenübernahme an ihren ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger zu wenden bzw. eine von ihr gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu bitten. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass ausländische zuständige Träger in der Regel nachträglich keine Genehmigung erteilen können, z. B., weil innerstaatliche Rechtsvorschriften vorsehen, dass eine Kommission über die Genehmigung vor der Ausreise in den anderen Staat

---

<sup>4</sup> Bestand die zu behandelnde Erkrankung bereits vor der Ausreise aus dem Abkommensstaat, ist der Sachverhalt regelmäßig wie hier beschrieben zu behandeln. Dies gilt auch für den Fall, dass die Erkrankung schon vor der Ausreise im Abkommensstaat bestand, dort aber noch nicht behandelt wurde.

entscheiden muss. Daher wird empfohlen, von der Berechtigung, mit der behandelnden Person direkt abzurechnen, konsequent Gebrauch zu machen.

## 2.3 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die zu behandelnden Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen gleichgestellt (siehe auch Kapitel IV. 2. und 3., Seiten 24-25). Allerdings gelten hier gewisse Einschränkungen beim Umfang des Sachleistungsanspruchs.

Für Personen, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten, wobei der Aufenthalt in Deutschland aus medizinischen Gründen (bzw. aufgrund des Bestehens der Erkrankung schon vor der Einreise) mit Genehmigung des ausländischen zuständigen Trägers der Krankenversicherung erfolgt, gilt Folgendes:

**Der Leistungsumfang richtet sich nach den Vorgaben, die der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger im Rahmen seiner Genehmigung zur Behandlung in Deutschland gemacht hat. Diese werden von der gewählten deutschen Krankenkasse bei der Kostenübernahmeerklärung berücksichtigt.**

## 3. Wohnort in Deutschland

### 3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Personen, die in einem Abkommensstaat gesetzlich krankenversichert sind und in Deutschland wohnen, sind in der Regel bei einer deutschen Krankenkasse ihrer Wahl eingeschrieben und erhalten von dieser eine eGK. Diese eGK dient im Leistungsfall als Anspruchsnachweis gegenüber dem Krankenhaus.

### 3.2. Leistungsumfang

Die Sachleistungen (u. a. Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die zu behandelnden Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den bei einer deutschen Krankenkassen versicherten Personen gleichgestellt (siehe auch Kapitel IV.2. und 3., Seiten 24-25). Gleiches gilt in Bezug auf den Leistungsumfang.

**Es besteht Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Sachleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Krankenhausbehandlung).**

## 4. Allgemeines

### 4.1 Verlegung in ein anderes Krankenhaus

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

Das weiter behandelnde Krankenhaus hat die Verlegung der gewählten deutschen Krankenkasse mitzuteilen. Endgültig gesichert ist die Kostenübernahme erst, wenn eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die von den Patientinnen und Patienten gewählte deutsche Krankenkasse.

### 4.2 Bescheinigung über die stationäre Krankenhausaufnahme/ambulante Krankenhausbehandlung

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die Bestimmungen zu beachten, die für Personen gelten, die bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind. Benötigen die Patientinnen und Patienten einen Nachweis über die Dauer ihres stationären Aufenthaltes, so können sie das Krankenhaus um Ausstellung einer entsprechenden Liegebescheinigung bitten. Wird im Rahmen des Entlassmanagements Arbeitsunfähigkeit nach einer stationären Krankenhausbehandlung (bis maximal 7 Tage nach der Entlassung) durch das Krankenhaus festgestellt, erstellt dieses eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und händigt den Patientinnen und Patienten eine mittels Stylesheet erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigungen Krankenkasse, Versicherter und Arbeitgeber) aus, im Falle einer vorangegangenen ambulanten Krankenhausbehandlung nur, soweit die Befugnis zur Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit besteht. Dies gilt auch für die Patientinnen und Patienten, die in Deutschland wohnen und eine eGK mit der Statusziffer 7 vorlegen. Im Adressfeld ist unter „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ die von den Patientinnen und Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse anzugeben.

Die Patientinnen und Patienten sind darauf hinzuweisen, dass die Bescheinigung der von ihnen gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse unverzüglich – spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen – vorgelegt werden muss, damit sie diese in eine Arbeitsunfähigkeitsmitteilung für den ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger umwandeln kann.

### 4.3 Abrechnung der Krankenhauskosten

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

Das Krankenhaus hat die nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlung nach den Vorgaben des § 43 c Abs. 3 SGB V vom Patienten einzubehalten (siehe auch Kapitel IV.2., Seite 24).

## IV. Allgemeine Vorschriften

### 1. Wahl einer deutschen Krankenkasse

Bei der Wahl der deutschen Krankenkasse sind die Grundsätze der Wahlrechte der Mitglieder deutscher Krankenkassen zu beachten. Es ist eine aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – soweit ein solcher (z. B. bei Durchreise) nicht eindeutig feststellbar ist – am Krankenhausstandort zu wählen. Die Patientinnen und Patienten sind für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an diese Wahl gebunden. Eine Liste aller gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ist abrufbar unter

<https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>

### 2. Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten

#### 2.1 Zuzahlung nach den Vorgaben des § 43 c Abs. 3 SGB V

Patientinnen und Patienten, die in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz, im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder in einem Abkommensstaat gesetzlich krankenversichert sind und in Deutschland eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, müssen wie in Deutschland versicherte Personen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 61 S. 2 SGB V je Kalendertag der vollstationären Behandlung einen Betrag in Höhe von 10,00 EUR für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres zuzahlen. Das Krankenhaus hat die nach deutschem Recht vorgesehene Zuzahlung nach den Vorgaben des § 43 c Abs. 3 SGB V von den Patientinnen und Patienten einzubehalten. Der Zuzahlungsbetrag sollte insbesondere **bei vorübergehendem Aufenthalt der zu behandelnden Person in Deutschland direkt vor Ort eingezogen werden**. Damit wird unnötiger bürokratischer Aufwand durch Einleitung des Verfahrens zur Einziehung des Zuzahlungsbetrages vermieden und sichergestellt, dass der Betrag dem deutschen Gesundheitswesen tatsächlich zur Verfügung steht, da grenzüberschreitende Einziehungsersuchen häufig erfolglos bleiben.

#### 2.2. Wahlleistungen

Wünschen Patientinnen und Patienten ausdrücklich Leistungen, die nicht durch ihren aufgrund über- und zwischenstaatlicher Vorschriften bestehenden Leistungsanspruch gedeckt sind, kann das Krankenhaus unter Einhaltung der Vorgaben des § 17 KHEntgG mit den Patientinnen und Patienten Wahlleistungen vereinbaren und diese mit ihnen abrechnen.

#### 2.3. Abrechnung der Kosten einer stationären Behandlung, wenn die vorgelegte Anspruchsbescheinigung nicht den gesamten Leistungszeitraum umfasst

Legen eine Patientin oder ein Patient nachträglich eine Anspruchsbescheinigung vor, die nicht den gesamten Krankenhausaufenthalt abdeckt, sind die sich aus den DRG-Pauschalen ergebenden Gesamtkosten der stationären Behandlung nach den insgesamt im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen anteilig aufzuteilen (pro rata temporis Aufteilung). In einem zweiten Schritt können dann die von der Anspruchsbescheinigung abgedeckten Kalendertage der gewählten deutschen



Krankenkasse in Rechnung gestellt werden (ggfs. abzüglich der tatsächlich geleisteten Zuzahlungen). Die verbleibende Restsumme für die Behandlungstage, die nicht von der nachträglich vorgelegten Anspruchsbescheinigung abgedeckt sind, stellt das Krankenhaus direkt der Patientin bzw. dem Patient in Rechnung.

### **3. Rettungsdienste**

Rettungsdienste erhalten auf Anfrage die Daten der transportierten Person von dem Krankenhaus, das eine Behandlung im Anschluss an den Einsatz durchführt, um die Kosten des Einsatzes mit der deutschen Krankenkasse abrechnen zu können, die von der zu behandelnden Person gewählt wurde.

## Europäische Krankenversicherungskarte

(European Health Insurance Card, EHIC)

Alle Mitgliedstaaten verwenden ein gemeinsames Muster mit dem EU-Emblem und einer vorgegebenen Anordnung der Textfelder. Somit soll sichergestellt werden, dass die EHIC vom Gesundheitsdienstleister sofort erkennbar und ungeachtet der Sprache lesbar ist. Der Beschluss Nr. S2 der EU-Verwaltungskommission regelt die Gestaltung im Detail.

Nachfolgend sind die im Beschluss Nr. S2 festgelegten Muster der EHIC abgebildet.

*Beispiel für eine EHIC auf der Vorderseite der Karte:*



*Beispiel für eine EHIC auf der Rückseite der Karte:*



Informationen über Besonderheiten in Bezug auf einzelne Mitgliedstaaten finden Sie unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de) → Leistungserbringer → Informationsportal EHIC/PEB. Hier finden Sie ebenfalls weitergehende Informationen über die Besonderheiten, die in Bezug auf das Vereinigte Königreich gelten, wie z.B. EHICs ohne EU-Emblem und die Global Health Insurance Card (GHIC).

**Bitte beachten Sie,**

- dass die EHIC – abweichend vom oben abgebildeten Muster – keinen Chip und in der Regel auch keinen Magnetstreifen enthält und somit **nicht mit dem Kartenlesegerät lesbar** ist. Sie ist daher zu kopieren.
- dass sich auf der Rückseite der EHIC in der Regel die nationale Krankenversicherungskarte befindet.
- dass die EHIC in der Regel in der **jeweiligen Amtssprache** ausgestellt wird.
- dass jede anspruchsberechtigte Person eine eigene EHIC vorlegen muss.
- dass die EHIC als Karte vorzulegen ist. Eine Abbildung der EHIC, z. B. auf dem Smartphone, berechtigt nicht zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der EG-Verordnungen.
- dass die EHIC nicht zu akzeptieren ist, wenn sie nicht die nachfolgend aufgeführten Daten enthält.

Die EHIC enthält die Daten, die notwendig sind, um innerhalb der Europäischen Gemeinschaft Sachleistungen in Anspruch zu nehmen und die dadurch entstandenen Kosten über eine gesetzliche Krankenkasse im Aufenthaltsstaat abrechnen zu können.

Hierzu gehören

- a. der Name und Vorname der Karteninhaberin / des Karteninhabers (Felder 3 und 4)
- b. das Geburtsdatum der Karteninhaberin / des Karteninhabers (Feld 5)
- c. die persönliche Kennnummer der Karteninhaberin / des Karteninhabers (Feld 6)
- d. die Kennnummer des zuständigen Krankenversicherungsträgers (Feld 7)
- e. die Kennnummer der Karte (Feld 8)
- f. das Ablaufdatum der Karte (Feld 9)
- g. Kürzel des Kartenausgabestaates (z. B. DE für Deutschland) im europäischen Emblem

Die in Europa zur Ausstellung einer EHIC autorisierten Institutionen finden Sie im EESSI - Öffentliches Verzeichnis der europäischen Institutionen der Sozialen Sicherheit unter

[https://www.dvka.de/de/informationen/institution\\_repository/institution\\_repository\\_1.html](https://www.dvka.de/de/informationen/institution_repository/institution_repository_1.html)

oder unter [www.dvka.de](http://www.dvka.de) → Institution Repository.

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG  
FÜR DIE  
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang 2 des Beschlusses S2  
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

*Ausgabemitgliedstaat*

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>
-------------------------	-------------------------

*Angaben zum Karteninhaber*

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

*Angaben zum zuständigen Träger*

7. Kennnummer des Trägers:	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

*Angaben zur Karte*

8. Kennnummer der Karte:	<input type="text"/>
9. Ablaufdatum:	<input type="text"/>

*Gültigkeitsdauer der Bescheinigung*

*Ausgabedatum der Bescheinigung*

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

*Stempel des Trägers und Unterschrift*

d)
----

Herausgeber: DVKA, Bonn

*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.*

05.10

Citizens' Rights Agreement (CRA-EHIC) und Global Health Insurance Card (GHIC)  
(betrifft nur Patientinnen und Patienten aus dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland)

Personen, für die aufgrund des Austrittsabkommens ab dem 01.01.2021 weiterhin Ansprüche im Rahmen der Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit bestehen, erhalten eine EHIC mit neuem Design, die sogenannte „Citizens' Rights“ EHIC.

## Muster der CRA-EHICs

### Allgemein

(PIN im Feld 6 ist um „CRA“) ergänzt

Vorderseite

**THIS IS NOT A PROOF OF IDENTITY**

- The EHIC may not cover the full cost of treatment abroad.
- Make sure you have valid travel insurance.
- The EHIC is not valid for private treatment and is not proof of entitlement to NHS services in the UK.

**Should you need to make a claim on your return home:**  
Contact Overseas Healthcare Services. Tel: 0191 218 1999 (Mon-Fri 8-6)

**Got a question?** For more information on your healthcare entitlements abroad and information about where this card is valid, go to [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

If found please return to: PO Box 854 Newcastle upon Tyne NE99 2DE

Rückseite

### Studierende

(PIN im Feld 6 ist um Ländercode ergänzt)

Vorderseite

**THIS IS NOT A PROOF OF IDENTITY**

- The EHIC may not cover the full cost of treatment abroad.
- Make sure you have valid travel insurance.
- The EHIC is not valid for private treatment and is not proof of entitlement to NHS services in the UK.

**Should you need to make a claim on your return home:**  
Contact Overseas Healthcare Services. Tel: 0191 218 1999 (Mon-Fri 8-6)

**Got a question?** For more information on your healthcare entitlements abroad and information about where this card is valid, go to [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

If found please return to: PO Box 854 Newcastle upon Tyne NE99 2DE

Rückseite

Seit dem 11.01.2021 stellt der britische Nationale Gesundheitsdienst bei Folge- sowie Erstanträgen für vom Handels- und Kooperationsabkommen erfasste Personen die sogenannte Global Health Insurance Card (GHIC) aus

## Muster der GHICs

### UK branding

Vorderseite

### Neutrales Design

Vorderseite

**THIS IS NOT A PROOF OF IDENTITY**

- The EHIC may not cover the full cost of treatment abroad.
- Make sure you have valid travel insurance.
- The EHIC is not valid for private treatment and is not proof of entitlement to NHS services in the UK.

**Should you need to make a claim on your return home:**  
Contact Overseas Healthcare Services. Tel: 0191 218 1999 (Mon-Fri 8-6)

**Got a question?** For more information on your healthcare entitlements abroad and information about where this card is valid, go to [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

If found please return to: PO Box 854 Newcastle upon Tyne NE99 2DE

Rückseite

**THIS IS NOT A PROOF OF IDENTITY**

- The EHIC may not cover the full cost of treatment abroad.
- Make sure you have valid travel insurance.
- The EHIC is not valid for private treatment and is not proof of entitlement to NHS services in the UK.

**Should you need to make a claim on your return home:**  
Contact Overseas Healthcare Services. Tel: 0191 218 1999 (Mon-Fri 8-6)

**Got a question?** For more information on your healthcare entitlements abroad and information about where this card is valid, go to [www.gov.uk](http://www.gov.uk)

If found please return to: PO Box 854 Newcastle upon Tyne NE99 2DE

Rückseite

**Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung  
Patient's Declaration European Health Insurance**

der im EU-/EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherung Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, in Switzerland or in the United Kingdom submitting a European Health Insurance Card (EHIC), a Global Health Insurance Card (GHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum  in Deutschland aufzuhalten.  
I intend to stay in Germany until

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.  
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

**Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse  
Selected assisting German health insurance fund**

Name des Krankenhauses  
Name of the hospital

Name, Vorname des Patienten  
Surname and forname of the patient

**Geschlecht  
Sex**

- weiblich female  männlich male  
 divers other  unbestimmt unspecified

**Anschrift im Heimatstaat  
Address in home country**

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Land / Country

**Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland  
Temporary address in Germany**

c/o (Hotel, Familie etc.) / c/o (hotel, family, etc.)

Straße, Hausnummer / Street, house no.

PLZ, Ort / Postcode, city

Tel.-Nr./E-Mail / Tel.No/e-mail

oder  **Durchreise  
Passing through**

**Identität nachgewiesen durch  
Identity documented by**

- Reisepass Passport  Personalausweis ID card

Nr.  
No.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben  
I confirm the accuracy of the information provided

Datum / Date

Unterschrift des Patienten  
Patient's signature

**Hinweis an das Krankenhaus**

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB mit Datum, Stempel und Unterschrift bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

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

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

### Anlage 3

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum

vom           bis            in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht \_\_\_\_\_

### Leistungsumfang in Deutschland

*(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)*

**Überweisung:** Eine unmittelbare Überweisung zu einem anderen Arzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt, bescheinigen Sie dies bitte auf einem Rezept (Muster 16). Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

**Arzneimittelverordnung:** Arzneimittel werden auf regulären Rezepten (Muster 16) verordnet. Eine weitere Genehmigung durch die Krankenkasse ist nicht notwendig. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf nicht verordnet werden.

**Heil- und Hilfsmittelverordnungen:** Heil- und Hilfsmittelverordnungen werden auf den entsprechenden Mustern verordnet und sind durch den Patienten zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorzulegen. Tragen Sie bitte auf den Verordnungen „Leistung vorab durch Krankenkasse genehmigen lassen“ auf.

Anspruch auf **alle** Sachleistungen

Anspruch auf **sofort** notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen **nur** bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung

Zusätzlich Anspruch auf Sachleistungen bei  chronischen Erkrankungen, bei denen eine Behandlung während des Aufenthalts in Deutschland nicht aufgeschoben werden kann

Schwangerschaft und Mutterschaft

Anspruch auf Sachleistungen **nur** für die fortlaufende Behandlung folgender Erkrankung  
*(Eine Einschränkung hinsichtlich des Vorrats an Arzneimitteln gilt hier nicht.)*

\_\_\_\_\_

Anspruch **nur** für die Behandlung bei folgendem Arzt/ folgender Ärztin

\_\_\_\_\_

Sonstiges

\_\_\_\_\_

Die erbrachten Leistungen rechnen Sie bitte im Zuge der regulären elektronischen Quartalsabrechnung mit Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an die KV.

Datum

Kassenstempel / Unterschrift



### Ansprechpartner

Bei einzelfallbezogenen Fragen (z. B. zur Dokumentation oder zum Leistungsumfang) wenden Sie sich bitte an [die von der Patientin bzw. von dem Patienten gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse](#).

Für generelle Auskünfte zum Verfahren stehen Ihnen folgende Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung:

#### [Deutsche Krankenhausgesellschaft \(DKG\)](#)

Justitiariat – Tel.: 030 / 39801 1410 – E-Mail: [dkgmail@dkgev.de](mailto:dkgmail@dkgev.de)

#### [GKV-Spitzenverband, DVKA](#)

Team Leistungsaushilfe – Tel.: 0228 / 9530 612/691 – E-Mail: [leistungsaushilfe@dvka.de](mailto:leistungsaushilfe@dvka.de)