PATIENTEN AUS DEM AUSLAND

EINE CHECKLISTE ZUM RICHTIGEN ABRECHNEN

KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

IMPRESSUM

Herausgeber
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Redaktion
verantwortlich (i. S. d. P.)
Dr. Peter Heinz, Vorsitzender des Vorstands
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstands
Abteilung Kommunikation

Bildnachweis
©fotolia.com/by-studio, maljalen, Wrangler
©istockphoto/DNY59
©shutterstock.com/racorn (Titelbild)

Stand: Juni 2017

Umsetzung
Kommunikation, KV RLP

Quellen
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Bundesärztekammer

Hinweise
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.

KV RLP

INHALT

1. PATIENTEN AUS DEN STAATEN DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMS (EWR) UND DER SCHWEIZ **04**

2. PATIENTEN AUS STAATEN MIT BILATERALEM ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERUNG **06**

3. WEITERE PATIENTENGRUPPEN **07**

3.1 Patienten, die keinen oder den falschen Anspruchsnachweis vorlegen 07
3.2 Patienten, die unter das Asylbwerberleistungsgesetz fallen 07
3.3 Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus 08

4. ANHANG **11**

4.1 Länderverzeichnis 11
4.2 Ansprechpartner und weiterführende Informationen 13
4.4 Muster EHIC 15
4.5 Muster Ersatzbescheinigung (PEB) 16
4.6 Muster Patientenerklärung 17
4.7 Muster Antrag auf Kostenübernahme bei Notfällen 18
4.8 Muster E 112 19
4.9 Muster S 2 21
4.10 Muster E 121 23
4.11 Muster S 1 25

PATIENTEN AUS DEN STAATEN DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMS (EWR) UND DER SCHWEIZ

1

Herkunftsland des Patienten:

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

Patienten aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Dies umfasst eine unmittelbar erforderliche medizinische Versorgung, zum Beispiel Virusinfektion, aber auch eine fortlaufende Versorgung chronisch Kranker oder eine gegebenenfalls anstehende Früherkennungsuntersuchung, die nicht bis zur Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann. Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vor.

In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass Patienten aus den Staaten des EWR und der Schweiz keinen Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen haben, weil sie zum Beispiel in ihrem Heimatland nicht versichert sind oder sich zu Unrecht in Deutschland aufhalten. In Notfällen kann hier auf das Vorliegen einer Europäischen Krankenversichertenkarte oder einer Ersatzbescheinigung verzichtet werden. Jedoch muss nach § SGB XII (Nothelfer-Paragraph) unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von vier Wochen, die zuständige Behörde (Sozialamt) informiert und ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Die zuständige Behörde unterrichtet den Arzt innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Kostenübernahmeantrags, wenn keine Hilfebedürftigkeit (gesetzlicher Anspruch) bestand. Erfolgt keine entsprechende Information, kann der Notfallschein nach Muster 19 bei der KV RLP zur Abrechnung eingereicht werden.

CHECKLISTE

1. Ein Patient aus einem EWR-Staat oder der Schweiz legt zur Behandlung
   - eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder
   - eine Ersatzbescheinigung (PEB) sowie
   - einen Identitätsnachweis (Reisepass oder Personalausweis) vor.

2. Sie kopieren die EHIC beziehungsweise die PEB und den Identitätsnachweis des Patienten jeweils zweimal.

3. Der Patient füllt das im Praxisverwaltungssystem zur Verfügung stehende Muster „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ aus und unterschreibt es. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an.

4. Senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB und das Original der Patientenerklärung möglichst schnell an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopien verbleiben bei Ihnen und müssen zwei Jahre lang aufbewahrt werden.

5. Sie rechnen die Kosten für die Behandlung mit Ihrer KV nach den Regelungen des Ersatzverfahrens ab, das heißt:
   - Sie legen im PVS einen Abrechnungsschein an.
   - Ins Adressfeld tragen Sie nur Namen, Vornamen und Geburtsdatum sowie die gewählte Krankenkasse ein.
   - Geben Sie bei „Versichertenart“ eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ eine 7 ein.

Zusätzlich sind für die Fotokopien die EBM GOP 40144 und für die Versendung der Unterlagen die EBM GOP 40120 berechnungsfähig. Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten.

VERORDNUNGEN VON ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELN

Diese erfolgen auf den üblichen Formularen. Im Adressfeld tragen Sie bei „Versichertenart“ eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ eine 7 ein.

KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN

Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) den Namen der aushelfenden deutschen Krankenkasse, bei „Versichertenart“ eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ eine 7 ein.

ÜBERWEISUNGEN

Sie geben bei „Versichertenart“ eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ eine 7 ein. Bei Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben. Für den weiterbehandelnden Arzt gelten die vorher beschriebenen Regelungen entsprechend.

BESCHEINIGUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original sowie die Durchschrift zur Vorlage beim Arbeitgeber und der Krankenkasse. Sie brauchen keine Durchschrift an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiterzuleiten.

PATIENTEN AUS STAATEN MIT BILATERALEM ABKOMMEN ÜBER SOZIALE SICHERUNG

2

ABRECHNUNGSSCHEIN DER DEUTSCHEN KRANKENKASSE

Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können bei einem Aufenthalt ebenfalls in Deutschland ärztliche Hilfe beanspruchen. Der grundsätzliche Unterschied zu Patienten aus den EWR-Staaten und der Schweiz besteht darin, dass sich Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse zunächst an eine von ihnen gewählte deutsche Krankenkasse wenden müssen. Es können nur solche aushelfenden Krankenkassen gewählt werden, die auch nach deutschem Recht wählbar sind (beispielsweise die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in Rheinland-Pfalz, nicht jedoch die AOK Bayern in Rheinland-Pfalz). Auch der Umfang der Leistungen ist deutlich eingeschränkter. Es sind nur solche Behandlungen durchzuführen, die unaufschiebbar sind.

Die Krankenkasse stellt einen entsprechenden Abrechnungsschein aus, auf dem Einschränkungen des Leistungsspektrums („Für sofort notwendige Leistungen“) vermerkt sind. Fehlen diese Zusätze auf dem Abrechnungsschein, kann auch eine weitergehende Behandlung durchgeführt werden.

Herkunftsland der Patienten:

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

CHECKLISTE

1. Ein Patient aus einem Land mit bilateralem Abkommen kommt in die Praxis und legt einen Abrechnungsschein der gewählten deutschen Krankenkasse vor.

2. Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung und achten auf die Behandlungseinschränkungen, die auf dem Abrechnungsschein notiert sind.

3. Sie erfassen den Abrechnungsschein.

VERORDNUNGEN VON ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELN

Diese erfolgen auf dem Arzneiverordnungsblatt (Vordruckmuster 16 – „Kassenrezept“). Im Adressfeld tragen Sie bei „Versichertenart“ eine 1 und bei „Besondere Personengruppe“ eine 7 ein. Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass Heil- und Hilfsmittel gegebenenfalls vor der Lieferung von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden müssen.

KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN

Sie tragen auf dem Einweisungsschein (Vordruckmuster 2) die im Abrechnungsschein von der aushelfenden deutschen Krankenkasse angegebene Statusnummer ein.

ÜBERWEISUNGEN

Eine Überweisung zu einem weiteren Arzt ist nur zulässig, wenn der Patient eine Versichertenkarte der aushelfenden deutschen Krankenversicherung vorlegt. Bei Patienten mit Abrechnungsschein bescheinigen Sie die Notwendigkeit anderweitiger ärztlicher Behandlung auf einem Rezept (Muster 16). Dieses Rezept muss der Patient bei der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegen, dann bekommt er wieder einen Abrechnungsschein und kann einen weiteren Arzt aufsuchen.

BESCHEINIGUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Sie stellen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Vordruckmuster 1) wie für in Deutschland gesetzlich Versicherte aus. Der Patient bekommt das Original zur Vorlage beim Arbeitgeber. Die Durchschrift leiten Sie an die aushelfende deutsche Krankenkasse weiter.

WEITERE PATIENTENGRUPPEN

PATIENTEN, DIE KEINEN ODER DEN FALSCHEN ANSPRUCHSNACHWEIS VORLEGEN

Abrechnung nach GOÄ
Bei Patienten, die keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen können, sind Sie berechtigt und verpflichtet, nach GOÄ zu berechnen.

CHECKLISTE

1. Der Patient kommt in die Praxis und legt keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vor.

2. Sie informieren den Patienten, dass er sich an eine gesetzliche Krankenkasse seiner Wahl wenden kann, um gegebenenfalls einen Anspruchsnachweis (EHIC/PEB, Abrechnungsschein, Krankenversichertenkarte) zu erhalten, wenn mit seinem Heimatland ein entsprechendes Sozialversicherungsabkommen besteht. Auch Patienten, die ihren Leistungsanspruch mit einer anderen Bescheinigung nachweisen (zum Beispiel Muster E 112 beziehungsweise S 2 oder E 121 bzw. S 1), müssen nach wie vor zuerst zur Krankenkasse. Dort erhalten sie einen Abrechnungsschein.

3. Reicht der Patient den Anspruchsnachweis innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nach, sind Sie verpflichtet, dem Patienten das Honorar zu erstatten.

4. Wenn Sie dem Patienten Ihr Honorar privat (auf Basis der GOÄ) in Rechnung stellen, können auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

PATIENTEN, DIE UNTER DAS ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ FALLEN

Originalbehandlungsschein der zuständigen Behörde beziehungsweise Überweisungsschein mit Genehmigungsvermerk
Patienten, die auf Basis des Asylbewerberleistungsgesetzes Anspruch auf Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft haben, können ebenfalls ärztliche Hilfe beanspruchen. Patienten, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, müssen grundsätzlich einen Originalbehandlungsschein der zuständigen Behörde bzw. einen Überweisungsschein mit Genehmigungsvermerk vorlegen.

Grundsätzlich sind die Leistungen auf die Behandlung zur Behebung eines akuten Krankheits- beziehungsweise Schmerzzustandes – einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie die Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen – beschränkt. Die Behandlung von Asylbewerbern schließt darüber hinaus Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen, das heißt ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel ein. Ebenfalls umfasst sind Maßnahmen zur Abwendung von erheblichen Gesundheitsschäden beziehungsweise zur Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit sowie amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen (vgl. § 4 AsylbLG).

In Notfällen (Erkrankung, deren Entwicklung plötzlich eine erhebliche Beeinträchtigung der Gesundheit oder den Tod verursachen kann) ist der Arzt, unabhängig vom Status des Patienten zur Übernahme der Behandlung verpflichtet (§ 7 Abs. 2 BO). Es besteht zwar kein Zwang zum Abschluss eines Behandlungsvertrages, aber eine Behandlungspflicht aus § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung), so dass seitens des Arztes eine Nothilfe erforderlich ist, er eine über die Notfallversorgung hinausgehende Behandlung nach den oben genannten Grundsätzen ablehnen kann. In Notfällen kann auf das Vorliegen des Originalbehandlungsscheins verzichtet werden, jedoch muss nach § 6a Asylbe-

werberleistungsgesetz unverzüglich der zuständige Träger, zum Beispiel Asylstelle, Sozialamt, Sozialhilfeträger, informiert und ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Die zuständige Behörde informiert den Arzt innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Kostenübernahmeantrages, wenn keine Hilfebedürftigkeit (gesetzlicher Anspruch) für die ärztlichen Leistungen bestand. Erfolgt keine entsprechende Information innerhalb dieser Frist, kann der Notfallschein nach Muster 19, gegebenenfalls inklusive des Antrages auf Kostenübernahme, bei der KV RLP zur Abrechnung eingereicht werden.

Ausnahme: VKNR 48804
Hier erfolgt keine Abrechnung mit der KV RLP, sondern eine direkte Abrechnung mit der Kreisverwaltung Mainz-Bingen.

Ausnahmen: VKNR 47801 bis 47815, 48805, 49801 bis 49804 und 49806 bis 49951
Bei diesen Kostenträgern muss bei Notfallscheinen ein Antrag auf Kostenübernahme (siehe Anlage) vorliegen. Vertretungsscheine werden akzeptiert.

Ausnahme: VKNR 49805 und 50801 bis 50807
Bei diesen Kostenträgern werden Überweisungsscheine auch ohne Genehmigungsvermerk und ohne Kopie des Originalscheins akzeptiert. Notfall- und Vertretungsscheine können ausgestellt werden.

Ausnahme: VKNR 47849, 48802, 48806, 48830
Bei diesen Kostenträgern ist dem Überweisungsschein eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beizufügen. Alternativ sind die Personalien des Hilfeberechtigten, die genaue Bezeichnung des Kostenträgers (mit dem Zusatz „Asylbewerber“) sowie einschränkende Vermerke auf dem Überweisungsschein anzugeben. Notfall- und Versicherungsscheine können ausgestellt werden.

Ausnahme: Asylbewerber nach § 2 AsylbLG.
Eine weitere Ausnahme stellen die Asylbewerber nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes dar.

CHECKLISTE

1. Ein Patient nach dem Asylbewerberleistungsgesetz kommt in die Praxis und legt einen Originalbehandlungsschein der zuständigen Behörde vor.

2. Sie prüfen die Dringlichkeit der Behandlung (nur Behandlung zur Behebung eines akuten Krankheits- beziehungsweise Schmerzzustandes, zur Abwendung von erheblichen Gesundheitsschäden bzw. zur Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit) beziehungsweise ob Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen sowie amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen.

3. Sie erfassen den Originalschein.

VERORDNUNGEN VON ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELN

Nur zwingend erforderliche Arzneimittel bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Kostenübernahme für notwendige Arznei- und Verbandmittel mit dem zuständigen Sozialamt klären. Heilmittel bedürfen der vorherigen Genehmigung.

KRANKENHAUSBEHANDLUNGEN

Für die Krankenhauseinweisung eines Asylbewerbers benötigt dieser eine Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen Kostenträger (Sozialamt). Die Kostenübernahmeerklärung ist bei der Aufnahme im Krankenhaus vorzulegen. Andernfalls wird der Termin abgesagt. Geben Sie dem Patienten die Krankenhauseinweisung mit genauer Diagnose zur Vorlage beim Sozialamt mit.

ÜBERWEISUNGEN

Diese sind nicht möglich (Ausnahmen sind Laborüberweisungen). Falls ein weiterer Arzt hinzugezogen werden muss, stellt die Behörde erneut einen Originalschein aus oder versieht den ausgestellten Überweisungsschein mit einem Genehmigungsvermerk.

Diese Hilfeempfänger sind leistungsrechtlich und verfahrensmäßig den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Darüber hinaus verfügen diese Asylbewerber über eine Krankenversichertenkarte einer gesetzlichen Krankenkasse. Die Versichertenkarte ist im O/W-Status mit „4“ gekennzeichnet. Daneben gibt es auch einige Sozialämter, die Originalscheine nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz ausstellen. Bei Überweisungsscheinen muss eine Kopie des Originalscheins vorliegen.

PATIENTEN OHNE LEGALEN AUFENTHALTSSTATUS

Keine Strafbarkeit der Behandlung, Geltung der Schweigepflicht

Ärzte machen sich bei der Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht strafbar, wenn sich ihre Handlungen objektiv auf die Erfüllung ihrer beruflichen Pflichten beschränken. Dabei unterliegen sie der Schweigepflicht (inklusive des gesamten Personals), das heißt, sie dürfen keine Angaben über Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten, an die Polizei oder die Ausländerbehörde weitergeben. Die durchgängige Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bis in öffentliche Stellen hinein gewährleistet die Klarstellungen in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 18. September 2009 zum „verlängerten Geheimnisschutz“. Demnach dürfen auch öffentliche Stellen Patientendaten, die sie von einem Schweigepflichtigen erhalten haben, grundsätzlich nicht an die Ausländerbehörde übermitteln (Ausnahmen: Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder Konsum harter Drogen). Konkret betrifft dies das Sozialamt als öffentliche Stelle, wenn es vom Arzt im Zuge der Kostenerstattung Daten von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erhalten hat.

Hilfsorganisationen

Anschriften von Organisationen, an die sich Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Rheinland-Pfalz wenden können, sind im Anhang zusammengestellt.

Vorliegen eines Originalbehandlungsscheins

Grundsätzlich können auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus einen Krankenschein nach § 4 oder § 6 Asylbewerberleistungsgesetz beim Sozialamt beantragen. Dann können sie bei der Behandlung einen Originalbehandlungsschein der zuständigen Behörde beim Arzt vorlegen (vergleiche Abschnitt 4.2). Aus Unkenntnis und/oder aus Angst vor Abschiebung, wird von dieser Möglichkeit jedoch selten Gebrauch gemacht. Der verlängerte Geheimnisschutz greift hier nicht, denn bei der Beantragung des Krankenscheins besteht noch keine ärztliche Schweigepflicht und damit kein Übermittlungsverbot der Patientendaten an die zuständige Behörde.

Vorliegen eines Notfalls

In Notfällen (Erkrankung, deren Entwicklung plötzlich eine erhebliche Beeinträchtigung der Gesundheit oder den Tod verursachen kann) ist der Arzt, unabhängig vom Status des Patienten zur Übernahme der Behandlung verpflichtet (§ 7 Abs. 2 BO).

Es besteht zwar kein Zwang zum Abschluss eines Behandlungsvertrages, aber eine Behandlungspflicht aus § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung), so dass seitens des Arztes eine Nothilfe erforderlich ist, er eine über die Notfallversorgung hinausgehende Behandlung nach den oben genannten Grundsätzen ablehnen kann. In Notfällen kann auf das Vorliegen des Originalbehandlungsscheins verzichtet werden (vergleiche Abschnitt 4.2). Jedoch muss nach § 6a Asylbewerberleistungsgesetz unverzüglich der zuständige Träger (Sozialamt) informiert und ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Die zuständige Behörde informiert den Arzt innerhalb von vier Wochen nach Zugang des Kostenübernahmeantrages, wenn keine Hilfebedürftigkeit (gesetzlicher Anspruch) für die ärztlichen Leistungen bestand. Erfolgt keine entsprechende Information innerhalb dieser Frist, kann der Notfallschein nach Muster 19, gegebenenfalls inklusive Antragsformular (siehe Anlage), bei der KV RLP zur Abrechnung eingereicht werden.

Liquidation nach GOÄ

Legt der Patient ohne legalen Aufenthaltsstatus keinen Originalbehandlungsschein vor und handelt es sich auch um keinen Notfall, so ist der Patient vom Grundsatz her darüber zu informieren, dass das Arzthonorar auf Basis der GOÄ privat zu bezahlen ist und auch Arznei-, Heil- und Hilfsmittel nur auf Privatrezept verordnet werden können. Ärztinnen und Ärzte haben einen rechtlich begründeten Anspruch auf Honorierung ihrer Leistungen. Sie machen sich daher nicht strafbar, wenn sie für die Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ein Honorar nehmen. Bei mittellosen Patienten darf aber auch das Honorar ganz oder teilweise erlassen werden (§ 12 Abs. 2 der Musterberufsordnung).

Weitere Abrechnungsmöglichkeiten

Unter Umständen bestehen weitere Abrechnungsmöglichkeiten, wie etwa bei Arbeitsunfällen nach dem Sozialgesetzbuch oder für Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz. Bei sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose bietet das Gesundheitsamt nach dem Infektionsschutzgesetz Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Die Beratung durch das Gesundheitsamt erfolgt kostenlos. Sofern das Gesundheitsamt eine Untersuchung und/oder Behandlung vornimmt oder vornehmen lässt, werden die Kosten nur da aus öffentlichen Mitteln getragen, wenn die Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus die Kosten nicht selbst tragen können oder — wovon auszugehen ist — sie nicht krankenversichert sind. Bei den weiteren Abrechnungsmöglichkeiten stellt sich die Frage der Offenlegung des fehlenden Aufenthaltsstatus. Welche Abrechnungsmöglichkeit hier sinnvoll ist, ist mit den Patienten zu besprechen.

LÄNDERVERZEICHNIS

B	
Belgien	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1).
Bosnien	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung, begrenzter Leistungsumfang!), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2).
Bulgarien	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
D	
Dänemark	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
E	
Estland	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
F	
Finnland Frankreich	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
G	
Griechenland Großbritannien	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
H	
Herzegowina	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung, begrenzter Leistungsumfang!), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2)
I	
Irland Island	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
Israel	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung, nur Leistungen bei Mutterschaft!), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2)
Italien	Anspruchsnachweis: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
K	
Kroatien	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung, begrenzter Leistungsumfang!), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2)
L	
Lettland Liechtenstein Litauen Luxemburg	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
M	
Malta	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)

Mazedonien Montenegro	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung, begrenzter Leistungsumfang!), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2)
N	
Niederlande Norwegen	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
O	
Österreich	Anspruchsnachweis: EHIC oder PEB Verfahren: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
P	
Polen Portugal	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
R	
Rumänien	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
S	
Schweden Schweiz	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
Serbien	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung, begrenzter Leistungsumfang!), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2)
Slowakei Slowenien Spanien	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
T	
Tschechien	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1).
Türkei Tunesien	**Anspruchsnachweis**: Abrechnungsschein der aushelfenden deutschen Krankenversicherung **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen (Achtung! Begrenzter Leistungsumfang), Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 2))
U	
Ungarn	**Anspruchsnachweis**: EHIC oder PEB, **Verfahren**: Erbringung von Sachleistungen, Abrechnung über KV RLP (siehe Kapitel 1)
Alle anderen Länder, kein oder falscher Anspruchsnachweis	
	Liquidation nach GOÄ (siehe Kapitel 3). **Ausnahme**: Asylbewerber und ggf. Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus (Originalbehandlungsschein der zuständigen Behörde bzw. Überweisungsschein mit Genehmigungsvermerk). Bei Originalbehandlungsschein bzw. Überweisungsschein mit Genehmigungsvermerk Abrechnung über die KV RLP (siehe Kapitel 3). **Behandlungspflicht**: In Notfällen ist der Arzt unabhängig vom Status des Patienten zur Übernahme der Behandlung verpflichtet. Eine über die Notfallversorgung hinausgehende Behandlung kann aber abgelehnt werden.

ANSPRECHPARTNER UND WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

KBV
www.kbv.de > Mediathek > Publikationen > Merkblätter > Informationen für die Praxis: „Praxisinfo Checkliste für die Praxis: So funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“

KV RLP
Stefan Löffler: Telefon 0261 39002352,
stefan.loeffler@kv-rlp.de
Marion Schmitz-Waschbüsch:
Telefon 0261 39002354,
marion.schmitz-waschbuesch@kv-rlp.de

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA)
Christine Steudter: Telefon 0228 9530612,
info@dvka.de
www.dvka.de > Informationen für Leistungserbringer > Vertragsärztliche Versorgung

Behandlung von Asylbewerbern

Anamnesebögen in 14 verschiedenen Sprachen stellt die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit dem Verein „Armut und Gesundheit e.V.“ zur Verfügung: www.laek-rlp.de > Ärzte > Behandlung von Asylbewerbern

Das Robert-Koch-Institut stellt Impfaufklärungen, einen Impfkalender und ein Impfglossar in 15 Sprachen zur Verfügung: www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen

Überörtlicher Träger der Sozialhilfe in Rheinland-Pfalz
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
Telefon 06131 967 0 , poststelle-mz@lsjv.rlp.de

Organisationen, an die sich Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Rheinland-Pfalz wenden können

- Mainzer Modell der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen,
  Goldgrube 13, 55131 Mainz,
  gerhard.trabert@hs-rm.de
- Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“, Zitadelle 1 F, 55131 Mainz,
  Telefon: 06131 6279071,
  info@armut-gesundheit.de
- Medinetz Mainz e.V. c/o Caritaszentrum Delbrel: Aspeltstraße 10, 55118 Mainz,
  Telefon 0176 62033302
- Malteser Werke gGmbH, Jägerstraße 37,
  55131 Mainz, Telefon 0171 2279232

MUSTER EHIC

EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE
DE
3. Name
4. Vornamen
5. Geburtsdatum
6. Persönliche Kennnummer
7. Kennnummer des Trägers
8. Kennnummer der Karte
9. Ablaufdatum

4

Anlage 2

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

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

Ausgabemitgliedstaat

1.	2. □□

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:	
4. Vornamen:	
5. Geburtsdatum:	□□/□□/□□□□
6. Persönliche Kennnummer:	

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:	

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:	
9. Ablaufdatum:	□□/□□/□□□□

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

a)	Von:	□□/□□/□□□□
b)	bis:	□□/□□/□□□□

Ausgabedatum der Bescheinigung

c) □□/□□/□□□□

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

– 4 –

MUSTER PATIENTENERKLÄRUNG

ANLAGE 3 – MUSTER PATIENTENERKLÄRUNG EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNG

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Patient's Declaration European Health Insurance

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a ***European Health Insurance Card (EHIC)*** *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, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

_____

Geschlecht
Sex

☐ weiblich *female* ☐ männlich *male*

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

oder *or* ☐ **Durchreise**
Passing through

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*

_____

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 den Arzt
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

(7.2017)

MUSTERANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME BEI NOTFÄLLEN

4

An den

Kostenträger

_____

_____

_____ _____

Notfallbehandlung bei Berechtigten nach

- ☐ dem SGB XII Sozialhilfe
- ☐ dem Asylbewerberleistungsgesetz

Ich bitte um Kostenübernahme für die Notfallbehandlung

am: _____, um _____Uhr

für den nachstehend aufgeführten Patienten:

_____

Name, Vorname geb. am

_____

PLZ Wohnort Straße

_____

Aktenzeichen/Stamm-Nr. des Betreuten (wenn vorhanden)

Diagnose (bitte gut lesbar ausfüllen)

_____

_____

_____

_____

Unfall	ja ☐	nein ☐
Fremdeinwirkung	ja ☐	nein ☐

Arztstempel

_____ _____

Datum **Unterschrift**

MUSTER E 112

**VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER**

E 112 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE WEITERGEWÄHRUNG DER LEISTUNGEN DER KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer i; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 22 Buchstabe a; Artikel 31
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 22 Absätze 1 und 3; Artikel 23; Artikel 31 Absätze 1 und 3

Der zuständige Träger oder der Träger des Wohnorts des Versicherten, des Rentners oder des Familienangehörigen steift dem Versicherten, dem Rentner oder dem Familienangehörigen diesen Vordruck aus. Begibt sich der Versicherte oder der Rentner ins Vereinigten Königreich, ist eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions" (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service" (Rentenstelle), „International Pension Centre" (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 2 Seiten, von denen keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

1. [ ] Versicherter — [ ] Familienangehöriger eines Versicherten
   [ ] Selbständiger — [ ] Familienangehöriger eines Selbständigen
   [ ] Rentner (Arbeitnehmersystem) — [ ] Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)
   [ ] Rentner (Selbständigensystem) — [ ] Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem)

1.1 Name(n) (2): .....

1.2 Vorname(n) (3): ..... Geburtsdatum: .....

1.3 Frühere Namen: .....

1.4 Anschrift im zuständigen Land: .....

1.5 Anschrift in dem Land, in das sich die Person begibt: .....

.....

1.6 Persönliche Kenn-Nr. (4): .....

2. Die oben genannte Person ist berechtigt, Sachleistungen

[ ] bei Krankheit und Mutterschaft [ ] bei außerberuflichem Unfall (5)

in ..... (Staat) weiterzubeziehen,

2.1 [ ] wohin sie umzieht,

2.2 [ ] wohin sie sich zur Behandlung bei (6) .....

.....

oder bei jeder ähnlich gearteten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt

2.3 [ ] wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.

3. Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen vom ..... bis einschließlich ..... erbracht werden.

4. Ein Bericht unseres Vertrauensarztes

4.1 [ ] ist in verschlossenem Umschlag beigefügt.

4.2 [ ] wurde am ..... an (7) ..... gesandt.

4.3 [ ] kann bei uns angefordert werden.

4.4 [ ] wurde nicht erstellt.

5. Zuständiger Träger

5.1 Bezeichnung: .....

5.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

5.3 Anschrift: .....

.....

5.4 Stempel

5.5 Datum: .....

5.6 Unterschrift:

.....

(1)

E 112

Hinweise

Die vorliegende Bescheinigung müssen Sie unverzüglich dem Träger der Krankenversicherung des Ortes, in den Sie sich begeben, vorlegen, und zwar:
in **Belgien***: bei der „Mutualité"/„Mutualiteit" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*
in der **Tschechischen Republik***: bei der „Zdravotní pojišťovna" (Krankenkasse) Ihrer Wahl;*
in **Dänemark***: beim Sachleistungserbringer, normalerweise beim Arzt für Allgemeinmedizin, der Sie an einen Facharzt überweisen wird;*
in **Deutschland***: bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;*
in **Estland***: bei der „Eesti Haigekassa" (Estnische Krankenkasse);*
in **Griechenland***: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betreffenden ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;*
in **Spanien***: bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit; Sie müssen den Vordruck sowie eine Fotokopie vorlegen;*
in **Frankreich***: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie" (Ortskrankenkasse);*
in **Irland***: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive" (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);*
in **Italien***: in der Regel bei der gebietsmäßig zuständigen „Unità sanitaria locale" (örtliche Gesundheitseinheit);*
in **Zypern***: beim Υπουργείο Υγείας (*Gesundheitsministerium*), 1448 Lefkosia;*
in **Lettland***: bei der „Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra" (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung)*;
in **Litauen***: bei der „Teritorinÿ ligoniu kasa" (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;*
in **Luxemburg***: bei der „Caisse de maladie des ouvriers" (Arbeiterkrankenkasse);*
in **Ungarn***: beim Gesundheitsdienstleister;*
in **Malta***: bei der Stelle des National Health Service (Staatlicher Gesundheitsdienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Gesundheitszentrum usw.), die die Behandlung durchführt;*
in den **Niederlanden***: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder im Fall eines vorübergehenden Aufenthalts bei „Agis zorgverzekeringen", Utrecht;*
in **Österreich***: bei der für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse";*
in **Polen***: bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia" (Nationaler Gesundheitsfonds);*
in **Portugal***:* **Mutterland***: bei der „Administração Regional de Saúde" (regionale Gesundheitsverwaltung) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;* **Madeira***: beim „Centro de Saúde" (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts;* **Azoren***: beim „Centro de Saúde" (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts*;
in **Slowenien***: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)" (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;*
in der **Slowakei***: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa" (Krankenversicherung); für Geldleistungen: beim „Sociálna poisťovňa" (Sozialversicherungsamt), Bratislava;*
in **Finnland***: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos" (Sozialversicherungsanstalt); der Vordruck ist der kommunalen Gesundheitsversorgungsstelle oder dem öffentlichen Krankenhaus, das die Behandlung übernimmt, vorzulegen;*
in **Schweden***: bei der „Försäkringskassan" (Versicherungskasse)*; *der Vordruck ist der Stelle vorzulegen, die die Behandlung durchführt;*
im **Vereinigten Königreich***: beim „Medical Service" (Ärztlicher Dienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), der die Behandlung durchführt;*
in **Island***: bei der „Tryggingastofnun rikisins" (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;*
in **Liechtenstein***: beim Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;*
in **Norwegen**, *beim „lokale Trygdekontor" (Örtliches Versicherungsamt)*;
in der **Schweiz***: bei der „Institution commune LAMal — Instituzione commune LAMal — Gemeinsamen Einrichtung KVG", Solothurn; der Vordruck ist dem Arzt oder dem Krankenhaus vorzulegen, bei dem die Behandlung erfolgt.*

ANMERKUNGEN

(1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
(2) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
(3) Die Vornamen sind in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben.
(4) Bitte geben Sie die Nummer des Versicherten an, wenn der Familienangehörige keine persönliche Kenn-Nummer besitzt.
(5) Von den französischen Trägern anzugeben, die für die Selbständigen aus der Landwirtschaft zuständig sind.
(6) Nach Möglichkeit auszufüllen.
(7) Bezeichnung und Anschrift des Trägers, an den der ärztliche Bericht gesandt wurde.

———

MUSTER S2

S2

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Anspruch auf eine geplante Behandlung

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.
Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1	Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat		
1.2	Nachname		
1.3	Vorname(n)		
1.4	Geburtsname (**)		
1.5	Geburtsdatum		
1.6	Aktuelle Anschrift		
1.6.1	Straße, Nr.	1.6.3 Postleitzahl	
1.6.2	Ort	1.6.4 Ländercode	

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

2.1	Behandlung		
2.2	Ort der Behandlung		
2.3	Voraussichtliche Behandlungsdauer		
2.3.1	Beginn	2.3.2 Ende	

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

1/2

©Europäische Kommission

Koordinierung der Systeme
der sozialen Sicherheit

S2

Anspruch auf eine geplante Behandlung

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1	Name		
3.2	Straße, Nr.		
3.3	Ort		
3.4	Postleitzahl	3.5 Ländercode	
3.6	Kenn-Nummer des Trägers		
3.7	Faxnummer		
3.8	Telefonnummer		
3.9	E-Mail		
3.10	Datum		
3.11	Unterschrift		

STEMPEL

MUSTER E 121

**VERWALTUNGSKOMMISSION
FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
DER WANDERARBEITNEHMER**

E 121 [ ] (1)

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE EINTRAGUNG DER RENTENBERECHTIGTEN UND IHRER FAMILIENANGEHÖRIGEN UND DIE FÜHRUNG DER VERZEICHNISSE

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe a; Artikel 29 Absatz 1 Buchstabe a
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 29 Absätze 1, 2 und 3; Artikel 30 Absatz 1; Artikel 95 Absatz 4

Der Träger, der nach Artikel 29 Absatz 2 oder Artikel 30 Absatz 1 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die Bescheinigung ausstellen muss, füllt Teil A aus und händigt zwei Ausfertigungen des Vordrucks dem Rentenberechtigten oder seinem Familienangehörigen aus oder übersendet sie dem Wohnortträger, falls dieser die Bescheinigung angefordert hat. Beide Ausfertigungen sind gegebenenfalls zunächst dem Träger zuzusenden, der Feld 6 und Feld 7 ausfüllen muss. Der Träger des Wohnorts füllt nach Erhalt beider Ausfertigungen Teil B aus und sendet eine Ausfertigung je Rentner oder Familieangehöriger an den in Feld 7 genannten Träger.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst vier Seiten.

A. Anspruchsbestätigung

1. Träger des Wohnorts (2)

1.1 Bezeichnung: .....
1.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3 Anschrift: .....
.....
1.4 Bezug: Ihr Vordruck E 107 vom .....

2. Rentenberechtigter

2.1 Name(n)(3): ..... Geburtsname(n) (falls abweichend): .....
2.2 Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....
2.3 Anschrift im Wohnland: .....
.....
2.4 Datum der Wohnsitzverlegung: .....
2.5 Persönliche Kenn-Nr.: .....
2.6 Der Rentner war

- ☐ Arbeitnehmer
- ☐ Selbständiger
- ☐ Grenzgänger (Arbeitnehmer)
- ☐ Grenzgänger (Selbständiger)
- ☐ Arbeitsloser

3. Vom rentenpflichtigen Träger auszufüllen

3.1 Die oben genannte Person bezieht eine Rente wegen

☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

3.2 seit .....

4. Träger, der Feld 3 ausgefüllt hat (4)

4.1 Bezeichnung: .....
4.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....
4.3 Anschrift: .....
.....
4.4 Stempel
4.5 Datum: .....
4.6 Unterschrift:
.....

(1)

5. Familienangehöriger des Rentners

5.1 Name(n) ([3]): Geburtsname(n) (falls abweichend) ([3]):

.....

5.2 Vorname(n): Geburtsdatum:

....

5.3 Anschrift im Wohnland: .....

.....

5.4 Persönliche Kenn-Nr.: .....

5.5 Datum der etwaigen Wohnsitzverlegung: .....

.....

6. Auszufüllen vom rentenpflichtigen Träger oder vom Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung des rentenpflichtigen Staates ([5])

6.1 Kenn-Nr. des bearbeitenden Trägers: .....

6.2 ☐ Die in Feld 2 genannte Person

☐ Die in Feld 5 genannte Person

hat Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft vom ..... an

6.3 Die in dem Staat, in dem diese Person wohnt — also in einem anderen als dem zuständigen Staat — zu gewährenden Leistungen gehen zu unseren Lasten

6.4 ☐ vom ..... an bis zum Widerruf der vorliegenden Bescheinigung

6.5 ☐ ein Jahr vom ..... an ([6])

6.6 ☐ Durch diese Bescheinigung wird der Vordruck E ..... vom ..... ungültig

7. ☐ Retournieren Sie bitte die Europäische Krankenversicherungskarte der in Feld 2 oder 5 angeführten Person mit der Nummer ....., gültig bis .....

8. Träger, der Feld 6 ausgefüllt hat ([4])

8.1 Bezeichnung: .....

8.2 Kenn-Nr. des Trägers: .....

8.3 Anschrift: .....

.....

8.4 Stempel

8.5 Datum: .....

8.6 Unterschrift:

.....

B. Eintragungs-/Nichteintragungsmitteilung

9. ☐ ([7])

9.1 ☐ Die in Feld 2 genannte Person

☐ Die in Feld 5 genannte Person

wurde bei uns nicht eingetragen

9.2 ☐ weil sie nach den Rechtsvorschriften unseres Landes schon sachleistungsberechtigt ist

9.3 ☐ sonstige Gründe: .....

.....

.....

(2)

MUSTER S 1

S1

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch und der Anspruch Ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft (d. h. Gesundheitsversorgung, ärztliche Behandlung usw.) in Ihrem Wohnstaat bescheinigt.
Familienangehörige sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats festgelegten Bedingungen erfüllen.
Die Bescheinigung muss dem Krankenversicherungsträger des Wohnorts (**) so bald wie möglich übermittelt werden.
Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1	Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat		
1.2	Nachname		
1.3	Vorname(n)		
1.4	Geburtsname (***)		
1.5	Geburtsdatum		
1.6	Anschrift im Wohnstaat		
1.6.1	Straße, Nr.	1.6.3 Postleitzahl	
1.6.2	Ort	1.6.4 Ländercode	
1.7	Status		

☐ 1.7.1 Versicherte/r
☐ 1.7.2 Familienangehörige/r einer/eines Versicherten
☐ 1.7.3 Rentner/in
☐ 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin
☐ 1.7.5 Rentenantragsteller/in

2. GELDLEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

☐ 2.1 Der/Die Inhaberin erhält Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 17, 22, 24, 25, 26 und 34, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 24 und 28.
(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Provinzialdirektion der staatlichen Sozialversicherungsanstalt (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.
(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

1/2

©Europäische Kommission

Koordinierung der Systeme
der sozialen Sicherheit

S1

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN

(auszufüllen, wenn der/die Inhaber/in einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, der auf der Versicherung einer anderen Person beruht)

3.1	Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat		
3.2	Nachname		
3.3	Vorname(n)		
3.4	Geburtsname (*)		
3.5	Geburtsdatum		
3.6	Anschrift des/der Versicherten (wenn von der unter 1.6 angegebenen Anschrift abweichend)		
3.6.1	Straße, Nr.	3.6.3 Postleitzahl	
3.6.2	Ort	3.6.4 Ländercode	

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ VON/BIS:

4.1	Beginn	4.2 Ende	

5. AUSSTELLENDER TRÄGER

5.1	Name		
5.2	Straße, Nr.		
5.3	Ort		
5.4	Postleitzahl	5.5 Ländercode	
5.6	Kenn-Nummer des Trägers		
5.7	Faxnummer		
5.8	Telefonnummer		
5.9	E-Mail		
5.10	Datum		
5.11	Unterschrift		

STEMPEL

(*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Kontakt
Telefon 06131 326-326
Fax 06131 326-4327
service@kv-rlp.de
www.kv-rlp.de

KV RLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ