

Erläuterungen und Hinweise zur

VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN, DIE IM AUSLAND KRANKENVERSICHERT SIND

für Zahnarztpraxen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der
Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Stand:05/2021

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
– Abteilung Vertrag –

GKV-Spitzenverband,
– Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (DVKA) –

Köln/Bonn, Mai 2021

Vorwort	6
1 Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Grundlage des EU-Rechts	8
1.1 Rechtsgrundlage	8
1.2 Ansprüche nach EU-Recht	8
1.3 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ungeplante Behandlung.....	9
1.3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	9
1.3.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	10
1.3.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Patientenerklärung	10
1.3.4 Leistungsumfang.....	12
1.4 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung.....	13
1.4.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	13
1.4.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	13
1.4.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs	14
1.4.4 Leistungsumfang.....	14
1.5 Wohnort in Deutschland.....	16
1.5.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	16
1.5.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	16
1.5.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs	16
1.5.4 Leistungsumfang.....	16
1.6 Hinweise zu Verordnungen und Bescheinigungen.....	17
1.6.1 Verordnung von Arznei- und Heilmitteln	17
1.6.2 Überweisung zur weiteren Behandlung	17
1.6.3 Verordnung von Krankenhausbehandlung	18
1.6.4 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	18
1.7 Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen.....	19
1.8 Wahl einer deutschen aushelfenden Krankenkasse.....	20

2	Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Grundlage bilateraler Abkommen über Soziale Sicherheit	21
2.1	Rechtsgrundlagen.....	21
2.2	Ansprüche nach Abkommensrecht	21
2.3	Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – Versicherungsfall im Sinne der Krankenversicherung ist während des vorübergehenden Aufenthalts eingetreten (Die zu behandelnde Erkrankung ist akut aufgetreten)	22
2.3.1	Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	22
2.3.2	Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	22
2.3.3	Dokumentation des Behandlungsanspruchs	23
2.3.4	Leistungsumfang.....	23
2.4	Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – Versicherungsfall im Sinne der Krankenversicherung ist bereits im zuständigen Staat eingetreten (Die zu behandelnde Erkrankung bestand bereits vor der Ausreise aus dem Abkommensstaat).....	25
2.4.1	Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	25
2.4.2	Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	25
2.4.3	Dokumentation des Behandlungsanspruchs	26
2.4.4	Leistungsumfang.....	26
2.5	Wohnort in Deutschland	28
2.5.1	Vorzulegende Anspruchsbescheinigung	28
2.5.2	Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis.....	28
2.5.3	Dokumentation des Behandlungsanspruchs	28
2.5.4	Leistungsumfang.....	28
2.6	Hinweise zu Verordnungen und Bescheinigungen.....	29
2.6.1	Verordnung von Arznei- und Heilmitteln	29
2.6.2	Überweisung zur weiteren Behandlung	29
2.6.3	Verordnung von Krankenhausbehandlung	30

2.6.4	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit	31
2.7	Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen.....	31
2.8	Wahl einer deutschen aushelfenden Krankenkasse.....	32
Anhang 1	– Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)	33
Anhang 2	– Muster Provisorische Ersatzbescheinigung	35
Anhang 3	– Muster Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung.....	36
Anhang 4	– Muster Nationaler Anspruchsnachweis.....	37
Anhang 5	– Ansprechpartner	38

Mit der „*Vereinbarung zur Behandlung von Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland*“ haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) das Verfahren zur Behandlung von im Ausland krankenversicherten Patientinnen und Patienten bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland erstmalig in einer eigenständigen Vereinbarung normiert.

Ziel der Vereinbarung ist, das Verfahren an den aktuellen europäischen Rechtsrahmen anzupassen und möglichst bürokratiearm für beide Seiten – für die zahnärztlichen Praxen wie auch für die gesetzlichen Krankenkassen – zu gestalten. Hierzu wurde insbesondere das Verfahren zur Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) für vertragszahnärztliche Leistungen optimiert. So fallen u. a. die im Altverfahren bisher verwendeten Muster 80 und Muster 81 weg und werden durch eine kürzere „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ sowie durch die Kopie der EHIC ersetzt. Zudem steht zukünftig den zahnärztlichen Praxen die neue Patientenerklärung in allen Teilen zweisprachig und in den am häufigsten benötigten Sprachfassungen zur Verfügung. Darüber hinaus entfallen die bisher notwendigen Kopien für den Identitätsnachweis. Dies macht das Verfahren insgesamt für alle Beteiligten komfortabler und schneller. Die damit verbundene Angleichung des Verfahrens an den vertragsärztlichen Bereich trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei den gesetzlichen Krankenkassen bei, die letztendlich auch den vertragszahnärztlichen Praxen zugutekommen wird. Durch die Normierung des Verfahrens in einer eigenständigen vertragszahnärztlichen Vereinbarung wird die Rechtssicherheit bei der Behandlung von im Ausland krankenversicherten Patientinnen und Patienten für die zahnärztlichen Praxen weiter erhöht und verbessert.

Die vorliegenden „Erläuterungen und Hinweise zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ wurden gemeinsam von der KZBV und dem GKV-SV, DVKA zur Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zahnarztpraxen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellt. Es wird ausführlich dargestellt, welche Ansprüche auf vertragszahnärztliche Behandlung aufgrund über- und zwischenstaatlicher Regelungen für Patientinnen und Patienten bestehen, die im Ausland gesetzlich krankenversichert sind und die sich in Deutschland aufhalten. Außerdem finden Sie, jeweils als Anhang, die Abbildung relevanter Vordrucke sowie eine Liste von Ansprechpartnern.

Die „Erläuterungen und Hinweise“ können Sie unter www.kzbv.de bzw. www.dvka.de → Leistungserbringer → Vertragszahnärztliche Versorgung abrufen.

Auf Ansprüche im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die aus der sogenannten Europäischen Richtlinie zur Patientenmobilität (Richtlinie 2011/24/EU) resultieren, gehen diese Erläuterungen nicht ein. Hierbei handelt es sich um Patientinnen und Patienten, die nach Deutschland zur Behandlung eingereist sind und einen zugelassenen Zahnarzt 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.

1 Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Grundlage des EU-Rechts¹

1.1 Rechtsgrundlage

Im Ausland versicherte Personen haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften bei Aufenthalt in Deutschland u. a. Anspruch auf zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln und Krankenhausbehandlung:

- Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit²
- Austritts- bzw. Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland³

Die nach diesen Regelungen zu erbringende vertragszahnärztliche Behandlung gehört zu den Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

1.2 Ansprüche nach EU-Recht

Das EU-Recht gilt für die folgenden 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)
- **EWR-Staaten:** Island, Liechtenstein, Norwegen
- die Schweiz
- das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland⁴

Nach EU-Recht können Patientinnen und Patienten eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt bei ungeplanter Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland direkt mit der Europäischen Krankenversicherungskarte⁵ in Anspruch nehmen. Halten sich Patientinnen und Patienten hingegen zur Behandlung in Deutschland auf oder haben sie ihren Wohnsitz nach Deutschland verlegt, müssen sie die Anspruchsbescheinigung ihres ausländischen zuständigen Trägers zunächst bei einer deutschen aushelfenden Krankenkasse ihrer Wahl gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis bzw. eine eGK

1 Im Rahmen dieser Erläuterungen 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.

2 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004.

3 Abkommen über den Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft; Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits.

4 Nach Maßgabe des Austritts- oder Handels- und Kooperationsabkommens zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich

5 Bei Patientinnen und Patienten aus dem Vereinigten Königreich zusätzlich mit der Global Health Insurance Card.

eintauschen. Näheres zum Behandlungsanspruch in diesen Fällen finden Sie im Folgenden unter den Kapiteln 1.3, 1.4 und 1.5.

1.3 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ungeplante Behandlung

1.3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Voraussetzung für die Leistungsinanspruchnahme über eine deutsche aushelfende gesetzliche Krankenversicherung ist, dass die zu behandelnde Person im Besitz einer vom ausländischen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung ist.

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

- **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**, vgl. Anhang 1
- **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)**, vgl. Anhang 2 bzw.
- als Ersatz⁶ für die PEB der **Nationale Anspruchsnachweis** mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ (vgl. Anhang 4)
- einer **Global Health Insurance Card (GHIC)** - betrifft nur Patienten aus dem Vereinigten Königreich)

Nähere Informationen zu den im EU-Ausland ausgestellten EHICs und PEBs finden Sie unter www.dvka.de → 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.*

Sie finden dort 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 finden Sie hier unter dem Länderbutton „Vereinigtes Königreich“ z.B. auch Informationen zur GHIC. Zusätzlich finden Sie im Informationsportal Hinweise auf länderspezifische Krankenversicherungskarten, die 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 können Sie den Staat auswählen, in dem die Person versichert ist.

⁶ Im Rahmen des Elektronischen Austauschs von Informationen der Sozialen Sicherheit (EESSI) erhält die deutsche Krankenkasse bei Anforderung einer Anspruchsbescheinigung lediglich einen Datensatz zur Bestätigung des Anspruchs und keine Provisorische Ersatzbescheinigung. Sie stellt in diesen Fällen daher einen Nationalen Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ aus.

Neben der Anspruchsbescheinigung ist ein Identitätsnachweis vorzulegen. Als Identitätsnachweis gilt ein Personalausweis (ID-Card) oder ein Reisepass. Andere denkbare Identitätsnachweise wie z. B. ein Führerschein sind von der Vertragszahnärztin und dem Vertragszahnarzt nicht zu akzeptieren.

1.3.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Liegt eine der vorgenannten Anspruchsbescheinigungen und/oder der Identitätsnachweis nicht vor, ist die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt grundsätzlich berechtigt, die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und von den Patientinnen und Patienten eine entsprechende Vergütung zu fordern. Wird das Honorar auf Basis der GOZ in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden (vgl. Kapitel 1.6.1).

Das Honorar ist zu erstatten, wenn eine gültige PEB oder als Ersatz für die PEB ein Nationaler Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ und der Identitätsnachweis innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht werden. Die EHIC/GHIC ist in diesem Fall nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag vorgelegt wird.

Patientinnen und Patienten können die PEB entweder selbst bei ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger im Heimatstaat anfordern oder eine Anspruchsbescheinigung durch eine deutsche gesetzliche Krankenkasse ihrer Wahl anfordern lassen. Bestätigt der ausländische zuständige Krankenversicherungsträger den Anspruch, stellt die gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse einen Nationalen Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ aus.

Aufgrund der Möglichkeit, die Anspruchsbescheinigungen bzw. den Identitätsnachweis nachzureichen, wird empfohlen, dass Patientinnen und Patienten die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ auch bei einer Behandlung auf Grundlage der GOZ ausfüllen. Die Praxis sollte diese für den Zeitraum von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme aufbewahren.

1.3.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Patientenerklärung

Patientinnen und Patienten, die in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland krankenversichert sind und während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland zahnärztliche Behandlung benötigen,

Leistungen nach EU-Recht

können sich mit der EHIC/GHIC oder PEB⁷ und ihrem Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass) direkt an eine vertragszahnärztliche Praxis wenden.

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

Die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt überprüft die Identität der Patientinnen und Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises sowie die Gültigkeit der EHIC/GHIC bzw. der PEB. Die Überprüfung der Gültigkeit beschränkt sich auf offensichtliche Zweifel insbesondere aufgrund der jeweils aufgebrachten Daten.

Die EHIC/GHIC bzw. PEB wird zweifach kopiert. Die lesbaren Kopien werden mit Datum, Unterschrift und Zahnarztstempel 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 finden sich unter Kapitel 1.8, Seite 20.

Die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ steht – in allen Teilen zweisprachig – über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) in folgenden Sprachen zur Verfügung:

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

Die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt achten darauf, dass die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ vollständig ausgefüllt wird und senden das Original der Patientenerklärung sowie eine mit Zahnarztstempel und Unterschrift versehene Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB unverzüglich an die gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse.

Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs (Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB sowie der Patientenerklärung) erfolgt mindestens einmal innerhalb von drei Monaten ausgehend vom ersten Behandlungstag. Eine Kopie der EHIC/GHIC bzw. PEB sowie der Patientenerklärung verbleiben in der vertragszahnärztlichen Praxis und werden dort entsprechend § 8 Absatz 3 BMV-Z aufbewahrt.

⁷ Als Ersatz für die PEB kann auch der Nationale Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ vorgelegt werden.

Legen Patientinnen und Patienten anstelle der Provisorischen Ersatzbescheinigung einen Nationalen Anspruchsnachweis mit der Angabe „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ vor, überprüfen die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt die Identität der Patientinnen und Patienten anhand des vorgelegten Identitätsnachweises. Der nationale Anspruchsnachweis verbleibt zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs in der vertragszahnärztlichen Praxis.

1.3.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel, etc.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. 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. Touristen, entsandte 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.

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 1.4 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung).

Eine Versorgung mit Zahnersatz ist nur dann zulasten einer deutschen aushelfenden Krankenkasse möglich, wenn diese unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig und eine zeitliche Verschiebung der Versorgung dazu führen würde, dass die Patientinnen und Patienten vorzeitig in den ausländischen zuständigen Staat zurückkehren müssten. Ist dies der Fall, ist ein Heil- und Kostenplan in üblicher Weise anzufertigen. Diesen müssen die Patientinnen und Patienten der aushelfenden deutschen Krankenkasse zur Bewilligung vorlegen, bevor die Zahnersatzversorgung stattfinden kann.

1.4 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – geplante Behandlung

1.4.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Patientinnen und Patienten, die in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland versichert sind und vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger die Genehmigung erhalten haben, sich in Deutschland behandeln zu lassen, müssen als Anspruchsbescheinigung vor Behandlungsbeginn einen Nationalen Anspruchsnachweis (vgl. Anhang 4) vorlegen. Neben der Anspruchsbescheinigung haben diese Patientinnen und Patienten einen Identitätsnachweis vorzulegen. Als Identitätsnachweis gilt ein Personalausweis (ID-Card) oder ein Reisepass. Andere denkbare Identitätsnachweise wie z. B. ein Führerschein sind vom Vertragszahnarzt bzw. der Vertragszahnärztin nicht zu akzeptieren.

Einen Nationalen Anspruchsnachweis erhalten die Patientinnen und Patienten gegen Vorlage einer vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung (Vordruck E 112, S2 oder S3) vor Behandlungsbeginn bei der von ihnen gewählten deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse. Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl finden Sie unter Kapitel 1.8 - Wahl einer deutschen aushelfenden Krankenkasse.

1.4.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Liegt ein Nationaler Anspruchsnachweis und/oder der Identitätsnachweis nicht vor, ist die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt auch hier grundsätzlich berechtigt, die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und von den Patientinnen und Patienten eine entsprechende Vergütung zu fordern. Wird das Honorar auf Basis der GOZ in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden (vgl. Kapitel 1.6.1 - Verordnung von Arznei- und Heilmitteln).

Der Nationale Anspruchsnachweis und/oder der Identitätsnachweis können innerhalb von zehn Tagen nachgereicht werden. Die von den Patientinnen und Patienten ggf. bereits gezahlte Vergütung nach GOZ ist in diesem Fall zurückzuzahlen.

Wenden sich Patientinnen und Patienten direkt, d. h. nur mit der Anspruchsbescheinigung E 112, S2 oder S3 an die vertragszahnärztliche Praxis, sollten sie jedoch zunächst an eine von ihnen zu wählende deutsche aushelfende Krankenkasse verwiesen und auf die Einhaltung des beschriebenen Verfahrens hingewiesen werden.

Dieses Vorgehen ist deshalb dringend anzuraten, da ohne die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis für die Praxis nicht ersichtlich ist, welchen genauen Leistungsumfang der

ausländische Krankenversicherungsträger genehmigt hat. Gerade bei einer möglichen Nachreichung des Nationalen Anspruchsnachweises kann die Unkenntnis über den genehmigten Leistungsumfang zu erheblichem Verwaltungsmehraufwand in der Praxis führen.

Sollte in Einzelfällen der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten eine Verweisung an die deutsche aushelfende Krankenkasse nicht zulassen, ist zunächst die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und entsprechend abzurechnen. Entsprechend ist zu verfahren, wenn die zu behandelnde Person offensichtlich zur Behandlung eingereist ist, ohne eine vorherige Genehmigung vom zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger eingeholt zu haben.

1.4.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs

Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs verbleibt der Nationale Anspruchsnachweis in der Praxis. Eine Weiterleitung an die ausstellende Krankenkasse oder andere Stellen findet nicht statt, auf Anforderung ist diesen eine Kopie zur Verfügung zu stellen. Zusätzliche Nachweise sind für die Dokumentation nicht erforderlich.

1.4.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel etc.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. 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 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 Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises berücksichtigt und auf diesem vermerkt.

Einschränkungen des Leistungsumfangs können sich sowohl auf Sachleistungen als solches, als auch auf die Inanspruchnahme bestimmter Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte beziehen.

Eine Versorgung mit Zahnersatz ist nur dann zulasten einer deutschen aushelfenden Krankenkasse möglich, wenn die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis eine entsprechende Versorgung miteinschließen oder explizit benennen. Ist dies der Fall, ist ein Heil- und Kostenplan in üblicher Weise anzufertigen. Diesen müssen die betroffenen Patientinnen und Patienten der deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Bewilligung vorlegen, bevor eine Zahnersatzversorgung stattfinden kann. Im Zweifel sollte Rücksprache mit der Krankenkasse gehalten werden.

Besonderheit: Fortsetzung einer Behandlung bei Grenzgängern in Rente

Personen, die eine Rente beziehen und 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 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 (hier der Vordruck S3) zunächst bei der gewählten deutschen Krankenkasse gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis (vgl. Anhang 4) eingetauscht werden.

1.5 Wohnort in Deutschland

1.5.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Personen, die in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland gesetzlich krankenversichert sind und ihren Wohnort nach Deutschland verlegen, müssen sich mit der vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung (Vordrucke S1, E 106, E 109, E 121) zunächst bei einer deutschen aushelfenden Krankenkasse ihrer Wahl einschreiben lassen, um Sachleistungen im Rahmen des EU-Rechts erhalten zu können.

Liegen die Voraussetzungen zur Einschreibung vor, stellt die gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse in der Regel eine eGK für diese Personen aus. Diese eGK dient als Anspruchsnachweis gegenüber den vertragszahnärztlichen Praxen und ist vor Behandlungsbeginn vorzulegen.

1.5.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Es gelten die üblichen Regelungen bei Nichtvorlage einer eGK oder einer technischen Störung, die ein Einlesen der eGK unmöglich macht, inkl. der Ersatzverfahren und Nachreichungsfristen nach Anlage 10 BMV-Z.

1.5.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs

Eine besondere Dokumentation des Behandlungsanspruchs ist in diesen Fällen nicht notwendig. Es gelten die Regeln des BMV-Z bei Vorlage einer eGK.

1.5.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel usw.) sind so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. Gleiches gilt in Bezug auf den Leistungsumfang:

Es besteht Anspruch auf alle medizinisch notwendigen vertragszahnärztlichen Sachleistungen.

Sollte eine Zahnersatzversorgung notwendig sein, ist ein Heil- und Kostenplan in üblicher Weise anzufertigen, den die Patientinnen und Patienten der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung vorlegen müssen.

1.6 Hinweise zu Verordnungen und Bescheinigungen

1.6.1 Verordnung von Arznei- und Heilmitteln

Arzneimittel können verordnet werden, wenn sie während des Aufenthalts in Deutschland unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf jedoch grundsätzlich nicht verordnet werden (Ausnahme: Fortsetzung einer Behandlung bei Grenzgängern in Rente, siehe Kapitel 1.4.4, Seite 14). Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Ordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Arzneverordnungsblatt (Muster 16 der Anlage 14a BMV-Z) sind Name, Vorname und Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse einschließlich des Status 1070000 zu vermerken. Die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A. 2 BMV-Z sind insgesamt zu beachten.

Heilmittel sind mit dem Vordruck Zahnärztliche Heilmittelverordnung (Vordruck 9 der Anlage 14a BMV-Z) zu verordnen. Ebenfalls sind hier Name, Vorname und Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse einschließlich des Status 1070000 auf der Verordnung zu vermerken sowie die Bedruckungsvorschriften des BMV-Z zu berücksichtigen. Die Patientinnen und Patienten haben die Heilmittelverordnung der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Wird das Zahnarzthonorar privat (auf Basis der GOZ und GOÄ) in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

1.6.2 Überweisung zur weiteren Behandlung

Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen als notwendig, können die behandelnde Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt die Patientinnen und Patienten an einen anderen „Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt sowie Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung“⁸ schriftlich überweisen. Dabei sind auf der Überweisung neben den Angaben nach Anlage 1, Nr. 2.3 BMV-Z die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) der deutschen aushelfenden Krankenkasse sowie der Status 1070000 zu vermerken. Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A. 2 BMV-Z

⁸ Vgl. auch § 5 der „Vereinbarung zur Behandlung von Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland“.

zu beachten. Bei Patientinnen und Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben.

Eine unmittelbare Überweisung ist nur dann zulässig, wenn es sich um eine Person handelt, die eine eGK, eine EHIC/GHIC oder eine PEB vorlegt.

Bei Patientinnen und Patienten, die eine EHIC/GHIC oder eine PEB vorlegen, dokumentiert die weitere Behandlerin bzw. der weitere Behandler den Behandlungsanspruch entsprechend Kapitel 1.3.3 - Dokumentation des Behandlungsanspruchs und Patientenerklärung .

Für Patientinnen und Patienten, die einen Nationalen Anspruchsnachweis vorlegen, bescheinigt die erstbehandelnde überweisende Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt die Notwendigkeit anderweitiger vertrags(zahn)ärztlicher Behandlung auf der Überweisung. Die Patientinnen und Patienten legen diese der von ihnen gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse vor. Diese stellt dann gegebenenfalls einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis aus.

Die bei der erstbehandelnden Vertragszahnärztin bzw. dem Vertragszahnarzt gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse bleibt für die gesamte Behandlung zuständig.

1.6.3 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Erweist sich eine Krankenhausbehandlung als notwendig, sind von der behandelnden Vertragszahnärztin bzw. dem Vertragszahnarzt auf der Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2 der Anlage 14a BMV-Z) der Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie der Name der deutschen aushelfenden Krankenkasse, das dazugehörige Institutionskennzeichen und der Status 1070000 zu vermerken. Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Ziffer A. 2 BMV-Z zu beachten.

1.6.4 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die für Versicherte der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. Dabei ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mithilfe des Musters 1 der Anlage 14a BMV-Z auszustellen und den Patientinnen und Patienten die Ausfertigungen für die Krankenkasse, für den Arbeitgeber und für den Versicherten auszuhändigen. Mit der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) händigt die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt den Patientinnen und Patienten eine mittels Stylesheet erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigungen Krankenkasse, Versicherter und Arbeitgeber) aus. 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.

1.7 Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

Die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt rechnen die Leistungen zulasten der deutschen gesetzlichen Krankenkasse ab, die die Patientinnen und Patienten als aushelfende Krankenkasse gewählt haben. Dabei kommen die Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zur Anwendung.

Fälle, in denen eine EHIC/GHIC/PEB oder ein Nationaler Anspruchsnachweis vorgelegt wird

Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Anlage 10 BMV-Z. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die folgenden Angaben im Praxisverwaltungssystem für die Abrechnung mit aufgenommen werden:

Angaben zur / zum im Ausland versicherten Patientin / Patienten:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum

Angaben zum Status / der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse:

- Statusangabe 1070000
(die „07“ steht für die Besondere Personengruppe der Versicherten nach Sozialversicherungsabkommen [EU-Recht, Abkommensrecht])
- Name der deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse
- Kostenträgerkennung der deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse (Institutionskennzeichen)

Um eine reibungslose Abrechnung auch im Hinblick auf die spätere Abwicklung mit der deutschen aushelfenden Krankenkasse gewährleisten zu können, ist besonders darauf zu achten, dass in den Fällen, in denen eine EHIC/GHIC bzw. PEB vorgelegt wird,

- die Kopie dieser Anspruchsberechtigung eine hinreichende Bildqualität aufweist und
- eine Übereinstimmung der Daten auf den Kopien mit denen auf der EHIC/GHIC bzw. PEB durch Datum, Unterschrift und Vertragszahnarztstempel des abrechnenden Vertragszahnarztes bestätigt wird,
- die Kopien der Anspruchsberechtigung und die Patientenerklärung unverzüglich an die gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse übersandt werden.

Fälle, in denen eine eGK vorgelegt wird (z. B. bei Wohnsitz in Deutschland)

Bei Vorliegen einer eGK ist – wie gewohnt – nach den hierfür geltenden Vorschriften gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen. Sollte eine eGK nicht einlesbar sein und kommt das Ersatzverfahren bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Anlage 10 BMV-Z zum Tragen, so sind die vorgenannten Angaben bei EHIC/GHIC- und PEB-Fällen, insbesondere zum Status, zu beachten.

1.8 Wahl einer deutschen aushelfenden Krankenkasse

Die Patientinnen und Patienten wählen vor Beginn der Behandlung eine deutsche aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – soweit ein solcher (z. B. bei Durchreise) nicht eindeutig feststellbar ist – am Praxissitz. Sie sind für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an diese Wahl gebunden.

2 Vertragszahnärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Grundlage bilateraler Abkommen über Soziale Sicherheit

2.1 Rechtsgrundlagen

Im Ausland versicherte Personen haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften bei Aufenthalt in Deutschland u. a. Anspruch auf zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln und Krankenhausbehandlung:

- Deutsch-jugoslawisches Abkommen über Soziale Sicherheit⁹
- Deutsch-mazedonisches Regierungsabkommen über Soziale Sicherheit¹⁰
- Deutsch-türkisches Abkommen über Soziale Sicherheit¹¹
- Deutsch-tunesisches Abkommen über Soziale Sicherheit¹²

Die nach diesen Regelungen zu erbringende vertragszahnärztliche Behandlung gehört zu den Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

2.2 Ansprüche nach Abkommensrecht

Personen, die auf der Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit (sogenanntes Abkommensrecht) anspruchsberechtigt für Leistungen bei Krankheit bzw. Mutterschaft sind, können im Bedarfsfall während ihres Aufenthalts in Deutschland vertragszahnärztliche Hilfe beanspruchen. Im Einzelnen bestehen Abkommen mit folgenden Staaten:

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

Nach Abkommensrecht können Patientinnen und Patienten eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt nicht direkt in Anspruch nehmen, sondern müssen die Anspruchsbescheinigung ihres ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers

⁹ Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Föderation Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit vom 12.10.1968, gilt in Bezug auf Bosnien und Herzegowina, Montenegro sowie Serbien (einschließlich Vojvodina).

¹⁰ Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der mazedonischen Regierung über Soziale Sicherheit vom 08.07.2003.

¹¹ Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 30.04.1964.

¹² Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Tunesischen Republik über Soziale Sicherheit vom 16.04.1984.

zunächst bei einer deutschen aushelfenden Krankenkasse ihrer Wahl gegen einen Nationalen Anspruchsnachweis bzw. eine eGK eintauschen. Näheres zum Behandlungsanspruch dieser Personen bei vorübergehendem oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland finden Sie unter den folgenden Kapiteln 2.3, 2.4 und 2.5.

2.3 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – Versicherungsfall im Sinne der Krankenversicherung ist während des vorübergehenden Aufenthalts eingetreten¹³

(Die zu behandelnde Erkrankung ist akut aufgetreten)

2.3.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Personen aus einem Abkommensstaat, die während ihres vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland vertragszahnärztlicher Behandlung bedürfen, haben vor Behandlungsbeginn einen Nationalen Anspruchsnachweis¹⁴ (vgl. Anhang 4) als Anspruchsbescheinigung und einen Identitätsnachweis vorzulegen. Als Identitätsnachweis gilt ein Personalausweis (ID-Card) oder ein Reisepass. Andere denkbare Identitätsnachweise wie z. B. ein Führerschein sind von der Vertragszahnärztin und vom Vertragszahnarzt nicht zu akzeptieren.

Einen Nationalen Anspruchsnachweis erhalten diese Patientinnen und Patienten gegen Vorlage der von ihrem ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung (Vordrucke BH 6, D/RM 111, DE/MNE 111, DE 111 SRB, A/T 11, A/TN 11) bei einer von ihnen gewählten deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse¹⁵.

2.3.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Liegt ein Nationaler Anspruchsnachweis und/oder der Identitätsnachweis nicht vor, ist die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt grundsätzlich berechtigt, die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und von den Patientinnen und Patienten eine entsprechende Vergütung zu fordern. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die zu behandelnde Erkrankung bereits vor dem Aufenthalt in Deutschland bestanden hat und der von der

¹³ 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 „Zustimmungsfall“ (vgl. Kapitel 2.4) zu behandeln. Dies gilt auch für den Fall, dass die Erkrankung schon vor der Ausreise im Abkommensstaat bestand, dort aber noch nicht behandelt wurde.

¹⁴ In diesen Fällen ist der Nationale Anspruchsnachweis mit den Sätzen „Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen. Für schon im anderen Staat begonnene Erkrankungen nur bei akuter Verschlimmerung der Erkrankung“ gekennzeichnet.

¹⁵ Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl finden Sie unter Kapitel 2.8, S. 32.

Leistungen nach Abkommensrecht

gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse ausgestellte Nationale Anspruchsnachweis dies nicht abdeckt.

Wird das Honorar auf Basis der GOZ in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden (vgl. Kapitel 2.6.1 - Verordnung von Arznei- und Heilmitteln).

Wenden sich die Patientinnen und Patienten direkt, d. h. nur mit der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Versicherungsträgers (Vordrucke BH 6, D/RM 111, DE/MNE 111, DE 111 SRB, A/T 11, A/TN 11) an die vertragszahnärztliche Praxis, sollten sie zunächst an eine von ihnen zu wählende deutsche aushelfende Krankenkasse verwiesen und auf die Einhaltung des beschriebenen Verfahrens hingewiesen werden.

Dieses Vorgehen ist deshalb dringend anzuraten, da ohne die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis für die Praxis nicht ersichtlich ist, welchen genauen Leistungsumfang der ausländische Krankenversicherungsträger genehmigt hat. Gerade bei einer möglichen Nachreichung des Nationalen Anspruchsnachweises kann die Unkenntnis über den genehmigten Leistungsumfang zu erheblichem Verwaltungsmehraufwand in der Praxis führen.

Sollte in Einzelfällen der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten eine Verweisung an die deutsche aushelfende Krankenkasse nicht zulassen oder diese auf eine Behandlung bestehen, ist ebenfalls die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und entsprechend abzurechnen.

Der Nationale Anspruchsnachweis bzw. der Identitätsnachweis kann innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht werden. Die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt sind in diesen Fällen verpflichtet, den Patientinnen und Patienten das bereits bezahlte, auf Grundlage der GOZ in Rechnung gestellte Honorar zu erstatten.

2.3.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs

Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs verbleibt der Nationale Anspruchsnachweis bei der Vertragszahnärztin bzw. dem Vertragszahnarzt. Eine Weiterleitung an die ausstellende Krankenkasse oder andere Stellen findet nicht statt, auf Anforderung ist diesen eine Kopie zur Verfügung zu stellen. Zusätzliche Nachweise sind für die Dokumentation nicht erforderlich.

2.3.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel etc.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert

Leistungen nach Abkommensrecht

wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen werden diese Personen den Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt. Allerdings gelten hier gewisse 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. Weitere Behandlungseinschränkungen, die auf dem Nationalen Anspruchsnachweis vermerkt sind, sind zu beachten.

Für den Umfang der vertragszahnärztlichen Leistungen ist hier ein strenger Maßstab anzulegen, weil diese Leistungen nur zu erbringen sind, wenn der Zustand der betreffenden Person vertragszahnärztliche Behandlung sofort erforderlich macht. Leistungen, die bis zur Rückkehr in den anderen Staat zurückgestellt werden können, dürfen nicht erbracht werden. Auch für Erkrankungen, die schon vor Einreise nach Deutschland bestanden, dürfen grundsätzlich keine Leistungen erbracht werden, es sei denn, es handelt sich um eine akute Verschlimmerung der Erkrankung. Sollen dennoch Leistungen erbracht werden, die über den vorgenannten Grundsatz hinausgehen, sind diese auf der Grundlage der GOZ zu erbringen und direkt mit der Patientin oder dem Patienten abzurechnen.

Zahnersatz ist in der Regel keine sofort notwendige Sachleistung und kann daher bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland nur in Einzelfällen in Betracht kommen. In diesem Fall ist ein Heil- und Kostenplan in üblicher Weise anzufertigen, den die Patientinnen und Patienten der auszuhelfenden deutschen Krankenkasse vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung vorlegen müssen. Diese kann die Bewilligung in der Regel erst nach Rückfrage beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger erteilen.

2.4 Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – Versicherungsfall im Sinne der Krankenversicherung ist bereits im zuständigen Staat eingetreten¹⁶

(Die zu behandelnde Erkrankung bestand bereits vor der Ausreise aus dem Abkommensstaat)

2.4.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Personen, die mit einer bestehenden Erkrankung eingereist sind und sich hierfür auf Grundlage eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit vertragszahnärztlich behandeln lassen wollen, haben vor Behandlungsbeginn einen Nationalen Anspruchsnachweis (vgl. Anhang 4) als Anspruchsbescheinigung und einen Identitätsnachweis vorzulegen. Als Identitätsnachweis gilt ein Personalausweis (ID-Card) oder ein Reisepass. Andere denkbare Identitätsnachweise wie z. B. ein Führerschein sind von der Vertragszahnärztin und dem Vertragszahnarzt nicht zu akzeptieren.

Einen Nationalen Anspruchsnachweis erhalten diese Patientinnen und Patienten gegen Vorlage der von ihrem ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung (Vordrucke A/T 12, A/TN 12, BH 5, DE/MNE 112, D/RM 112, DE 112 SRB) bei einer von ihnen gewählten deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse.¹⁷

2.4.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Liegt der Nationale Anspruchsnachweis und/oder der Identitätsnachweis nicht vor, ist die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt grundsätzlich berechtigt die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und von den Patientinnen und Patienten eine entsprechende Vergütung zu fordern. Wird das Honorar auf Basis der GOZ in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden (vgl. Kapitel 2.6.1 - Verordnung von Arznei- und Heilmitteln).

Wenden sich Patientinnen und Patienten direkt, d. h. nur mit der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Versicherungsträgers (Vordrucke A/T 12, A/TN 12, BH 5, DE/MNE 112, D/RM 112, DE 112 SRB) an die vertragszahnärztliche Praxis, sollten sie zunächst an eine von ihnen zu wählende deutsche aushelfende Krankenkasse verwiesen und auf die Einhaltung des beschriebenen Verfahrens hingewiesen werden.

¹⁶ 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.

¹⁷ Nähere Erläuterungen zur Krankenkassenwahl finden Sie unter Kapitel 2.8, 32.

Dieses Vorgehen ist deshalb dringend anzuraten, da ohne die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis für die Praxis nicht ersichtlich ist, welchen genauen Leistungsumfang der ausländische Krankenversicherungsträger genehmigt hat. Gerade bei einer möglichen Nachreichung des Nationalen Anspruchsnachweises kann die Unkenntnis über den genehmigten Leistungsumfang zu erheblichem Verwaltungsmehraufwand in der Praxis führen.

Sollte in Einzelfällen der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten eine Verweisung an die deutsche aushelfende Krankenkasse nicht zulassen oder diese Patientinnen und Patienten auf eine Behandlung bestehen, ist ebenfalls die Behandlung auf Grundlage der GOZ durchzuführen und entsprechend abzurechnen.

Sind Patientinnen und Patienten offensichtlich zur Behandlung eingereist, ohne eine vorherige Genehmigung vom zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger eingeholt zu haben, ist die Behandlung auf der Grundlage der GOZ durchzuführen und abzurechnen.

Der Nationale Anspruchsnachweis bzw. der Identitätsnachweis kann innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht werden. Die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt sind in diesen Fällen verpflichtet, den Patientinnen und Patienten das bereits bezahlte, auf Grundlage der GOZ in Rechnung gestellte Honorar zu erstatten.

2.4.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs

Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs verbleibt der Nationale Anspruchsnachweis bei der Vertragszahnärztin bzw. dem Vertragszahnarzt. Eine Weiterleitung an die ausstellende Krankenkasse oder andere Stellen findet nicht statt, auf Anforderung ist diesen eine Kopie zur Verfügung zu stellen. Zusätzliche Nachweise sind für die Dokumentation nicht erforderlich.

2.4.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel, etc.) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. Allerdings gelten hier gewisse Einschränkungen beim Umfang des Sachleistungsanspruchs.

Leistungen nach Abkommensrecht

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 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 deutschen Krankenkasse bei der Ausstellung des Nationalen Anspruchsnachweises berücksichtigt und auf diesem vermerkt.

Einschränkungen des Leistungsumfangs können sich sowohl auf Sachleistungen als solches als auch auf die Inanspruchnahme bestimmter Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte beziehen.

Eine Versorgung mit Zahnersatz ist nur dann zulasten einer deutschen aushelfenden Krankenkasse möglich, wenn die Angaben auf dem Nationalen Anspruchsnachweis eine entsprechende Versorgung miteinschließen oder explizit benennen. Ist dies der Fall, ist ein Heil- und Kostenplan in üblicher Weise anzufertigen. Diesen müssen die Patientinnen und Patienten der deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Bewilligung vorlegen, bevor eine Zahnersatzversorgung stattfinden kann. Im Zweifel sollte Rücksprache mit der gewählten Krankenkasse gehalten werden.

2.5 Wohnort in Deutschland

2.5.1 Vorzulegende Anspruchsbescheinigung

Personen, die in einem Abkommensstaat gesetzlich krankenversichert sind und ihren Wohnort nach Deutschland verlegen, müssen sich mit der vom ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellten Anspruchsbescheinigung zunächst bei einer deutschen Krankenkasse ihrer Wahl einschreiben lassen, um Sachleistungen im Rahmen eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit erhalten zu können.

Liegen die Voraussetzungen zur Einschreibung vor, stellt die gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse in der Regel eine eGK für diese Personen aus. Diese eGK dient als Anspruchsnachweis gegenüber der Vertragszahnärztin und dem Vertragszahnarzt und ist vor Behandlungsbeginn in der Praxis vorzulegen.

2.5.2 Fehlende Anspruchsbescheinigung / Identitätsnachweis

Es gelten die üblichen Regelungen bei Nichtvorlage einer eGK oder einer technischen Störung, die ein Einlesen der eGK unmöglich macht, inkl. der Ersatzverfahren und Nachreichungsfristen nach Anlage 10 BMV-Z.

2.5.3 Dokumentation des Behandlungsanspruchs

Eine besondere Dokumentation des Behandlungsanspruchs ist in diesen Fällen nicht notwendig. Es gelten die Regeln des BMV-Z bei Vorlage einer eGK.

2.5.4 Leistungsumfang

Die Sachleistungen (zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel etc.) sind so zu erbringen, als ob die Patientinnen und Patienten bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenanteile werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt. Gleiches gilt in Bezug auf den Leistungsumfang.

Es besteht Anspruch auf alle medizinisch notwendigen vertragszahnärztlichen Sachleistungen.

Sollte eine Zahnersatzversorgung notwendig sein, ist ein Heil- und Kostenplan in üblicher Weise anzufertigen, den die Patientinnen und Patienten der gewählten deutschen

aushelfenden Krankenkasse vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung vorlegen müssen. Diese kann die Bewilligung in der Regel erst nach Rückfrage beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger erteilen.

2.6 Hinweise zu Verordnungen und Bescheinigungen

2.6.1 Verordnung von Arznei- und Heilmitteln

Arzneimittel können verordnet werden, wenn sie während des Aufenthalts in Deutschland wegen des Gesundheitszustandes sofort notwendig sind und eine Verordnung nicht bis zur beabsichtigten Rückkehr in den Heimatstaat zurückgestellt werden kann. Ein Vorrat an Arzneimitteln speziell für die Zeit nach Rückkehr in den Wohnstaat darf jedoch grundsätzlich nicht verordnet werden. Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten. Auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16 der Anlage 14a BMV-Z) sind Name, Vorname und Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur deutschen aushelfenden Krankenkasse einschließlich des Status 1070000 zu vermerken.

Heilmittel sind mit dem Vordruck Zahnärztliche Heilmittelverordnung (Vordruck 9 der Anlage 14a BMV-Z) zu verordnen. Ebenfalls sind hier Name, Vorname und Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten sowie die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) zur aushelfenden deutschen Krankenkasse einschließlich des Status 1070000 auf der Verordnung zu vermerken sowie die Bedruckungsvorschriften des BMV-Z zu berücksichtigen. Die Patientinnen und Patienten haben die Heilmittelverordnung der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, A. 2 BMV-Z sind insgesamt zu beachten.

Wird das Zahnarzthonorar privat, auf Basis der GOZ in Rechnung gestellt, so dürfen Arznei- und Heilmittel nur auf Privatrezept verordnet werden.

2.6.2 Überweisung zur weiteren Behandlung

Erweist sich die Durchführung weiterführender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen als notwendig, kann die behandelnde Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt die Patientinnen und Patienten an einen anderen „Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt oder Zahnarzt sowie an eine

ermächtigte Einrichtung“ schriftlich überweisen¹⁸. Dabei sind auf der Überweisung neben den Angaben nach Anlage 1, Nr. 2.3 BMV-Z (u.a. Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten) die Informationen (Name und Institutionskennzeichen) der deutschen aushelfenden Krankenkasse sowie der Status 1070000 zu vermerken. Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, A. 2 BMV-Z zu beachten. Bei Patientinnen und Patienten, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, ist auch die voraussichtliche Aufenthaltsdauer anzugeben.

Eine unmittelbare Überweisung zur zahnärztlichen Begutachtung oder Behandlung ist nur bei Personen zulässig, die in Deutschland wohnen und eine eGK vorlegen.

Für Patientinnen und Patienten, die einen Nationalen Anspruchsnachweis vorlegen, bescheinigt die erstbehandelnde, überweisende Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt die Notwendigkeit anderweitiger vertrags(zahn)ärztlicher Behandlung auf der Überweisung. Die Patientinnen und Patienten legen diese der von ihnen gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse vor. Diese stellt dann gegebenenfalls einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis aus.

Die bei der erstbehandelnden Vertragszahnärztin bzw. dem Vertragszahnarzt gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse bleibt für die gesamte Behandlung zuständig.

2.6.3 Verordnung von Krankenhausbehandlung

Die Ausführungen in den Kapiteln 2.3.4 und 2.4.4 bezüglich des „sofort Notwendigen“ bzw. der schon im anderen Staat begonnenen (vor Einreise nach Deutschland bereits bestehenden) Erkrankungen gelten auch für eine Behandlung im Krankenhaus. Die behandelnde Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt vermerkt auf der Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2 der Anlage 14a BMV-Z) den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum der Patientin bzw. des Patienten sowie den Namen der von den Patientinnen und Patienten gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse, das dazugehörige Institutionskennzeichen und den Status 1070000. Zusätzlich sind die Bedruckungsvorschriften nach Anlage 14b, Absatz 2 BMV-Z zu beachten. Vor Aufnahme ins Krankenhaus sollte nach Möglichkeit die Genehmigung der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse eingeholt werden.

¹⁸ Vgl. auch § 12 der „Vereinbarung zur Behandlung von Patienten im Rahmen über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland“.

2.6.4 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Für die Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit sind die für Versicherte der deutschen Krankenkassen geltenden Bestimmungen zu beachten. So ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mithilfe des Musters 1 der Anlage 14a BMV-Z auszustellen und den Patientinnen und Patienten die Ausfertigungen für die Krankenkasse, für den Arbeitgeber und für den Versicherten auszuhändigen. Mit der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) händigt die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt den Patientinnen und Patienten eine mittels Stylesheet erzeugte papiergebundene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Ausfertigungen Krankenkasse, Versicherter und Arbeitgeber) aus. 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.

2.7 Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen

Die Vertragszahnärztin und der Vertragszahnarzt rechnen die Leistungen zulasten der deutschen gesetzlichen Krankenkasse ab, die die Patientinnen und Patienten als aushelfende Krankenkasse gewählt haben. Dabei kommen die Bedingungen (Leistungsumfang und Punktwert) dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zur Anwendung.

Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Anlage 10 BMV-Z. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die folgenden Angaben im Praxisverwaltungssystem für die Abrechnung mit aufgenommen werden:

Angaben zur / zum im Ausland versicherten Patientin / Patienten:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum

Angaben zum Status / der gewählten deutschen aushelfenden Krankenkasse:

- Statusangabe 1070000
(die „07“ steht für die Besondere Personengruppe der Versicherten nach Sozialversicherungsabkommen [EU-Recht, Abkommensrecht])
- Name der deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse
- Kostenträgerkennung der deutschen aushelfenden gesetzlichen Krankenkasse (Institutionskennzeichen)

Die Abrechnung sollte spätestens mit Ablauf des Kalendervierteljahres vorliegen, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

Bei Vorliegen einer eGK ist – wie gewohnt – nach den hierfür geltenden Vorschriften gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen. Sollte eine eGK nicht einlesbar sein und kommt das Ersatzverfahren bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Anlage 10 BMV-Z zum Tragen, so sind die vorgenannten Angaben, insbesondere zum Status, zu beachten.

2.8 Wahl einer deutschen aushelfenden Krankenkasse

Es ist eine deutsche aushelfende Krankenkasse am Aufenthaltsort bzw. – soweit ein solcher (z. B. bei Durchreise) nicht eindeutig feststellbar ist – am Praxissitz zu wählen. Die Patientinnen und Patienten sind für die gesamte Dauer der Behandlung sowie der Folgebehandlungen an diese Wahl gebunden.

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 → 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 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

oder unter 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. 2.

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:

4. Vornamen:

5. Geburtsdatum:

6. Persönliche Kennnummer:

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:

9. Ablaufdatum:

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a) Von: /

b) bis: /

c)

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

Englisch

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 ausführende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes
Treating physician's name

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 **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.

(10/2019)

Ausdruckfähige Fassung in anderen Sprachversionen finden Sie über die jeweiligen Praxisverwaltungssysteme (PVS).

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

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

Vertragszahnärztliche Leistungen können im Zeitraum

von bis in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Leistungsumfang in Deutschland

(Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Überweisung: Eine unmittelbare Überweisung ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, eine nach § 311 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt/Zahnarzt oder eine ermächtigte Einrichtung, bescheinigen Sie dies bitte durch schriftliche Überweisung. 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.

Heilmittelverordnung: Heilmittel sind mit dem Vordruck 9 BMV-Z - Zahnärztliche Heilmittelverordnung - zu verordnen. Der Patient hat die Verordnung der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Tragen Sie bitte zusätzlich auf dem Vordruck den Hinweis „Leistung 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 Zahnarzt/folgender Zahnärztin

Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer

Sonstiges

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

Datum

Kassenstempel / Unterschrift

(10/2020)

Ansprechpartner

Sollten Sie im Einzelfall Fragen zum Leistungsumfang haben, 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:

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Abteilung Vertrag – Tel.: 0221 / 4001 222 – E-Mail: vertrag-abt@kzbv.de

Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen)

KZV Baden-Württemberg:

Kompetenzzentrum Abrechnung – Tel.: 0711 / 7877-131 – E-Mail: info@kzvbw.de

KZV Bayerns:

Beratungsstelle – Tel.: 089 / 724010 – E-Mail: beratung@kzvb.de

KZV Berlin:

Abteilung Rechnungslegung / BKV – Tel.: 030 / 89004-407 – E-Mail: bkv@kzv-berlin.de

KZV Land Brandenburg:

Abteilung Abrechnung – 0331 / 2977-145, -150 – E-Mail: abrechnung@kzvlb.de

KZV Bremen:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 0421 / 2207-50, -51 – E-Mail: info@kzv-bremen.de

KZV Hamburg:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 040 / 36147-219 – E-Mail: info@kzv-hamburg.de

KZV Hessen:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 069 / 6607-353 – E-Mail: kzvh@kzvh.de

KZV Mecklenburg-Vorpommern:

Abteilung Kons.Chirurgie/KFO – Tel.: 0385 / 5492-186 – E-Mail: abrechnung.kons@kzvmv.de

KZV Niedersachsen:

Vertragshotline – Tel.: 0511 / 8405206 – E-Mail: info@kzvn.de

KZV Nordrhein:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 0211 / 9684-305, -269 – E-Mail: info@kzvnr.de

KZV Rheinland-Pfalz:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 06131 / 8927-0 – E-Mail: info@kzvrlp.de

KZV Saarland:

Abtlg. Quartalsabrechnung – Tel: 0681 / 58608-40 –
E-Mail: quartalsabrechnung@kzv-saarland.de

Anhang 5

KZV Sachsen:

Geschäftsbereich Abrechnung – Tel. 0351 / 8053-449 – E-Mail: abrechnung@kzv-sachsen.de

KZV Sachsen-Anhalt:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 0391 / 6293-076 – E-Mail: info@kzv-lsa.de

KZV Schleswig-Holstein:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 0431 / 3897-190 – E-Mail: info@kzv-sh.de

KZV Thüringen:

Abteilung Abrechnung – Tel.: 0361 / 6767-0 – E-Mail: info@kzv-thueringen.de

KZV Westfalen-Lippe:

Abteilung DTA und Abrechnungsservice – Tel.: 0251 / 507-155, -300 –
E-Mail: info@zahnaerzte-wl.de

GKV-Spitzenverband, DVKA

Team Leistungsaushilfe – Tel.: 0228 / 9530-612, -691 – E-Mail: leistungsaushilfe@dvka.de

