

So läuft die Abrechnung bei ausländischen Versicherten

— Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind, bestehen je nach Herkunftsland und je nach Aufenthaltszweck un-



Hat er einen gültigen Anspruchsnachweis?

terschiedliche Abrechnungsmodalitäten. Grundsätzlich gibt es drei Gruppen:

- Patienten aus der EU, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz;
- Patienten aus Staaten, mit denen ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit besteht (Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien);
- Patienten ohne gültigen Anspruchsnachweis.

MMW-KOMMENTAR

Die Patienten der ersten Gruppe haben Anspruch auf alle Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in Deutschland als medizinisch notwendig erweisen. Dies kann eine Akuterkrankung sein, aber auch die fortlaufende Versorgung chronischer Erkrankungen. Bei vorübergehenden Aufenthalten von längerer Dauer können ggf. auch turnusgemäße Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden.

Um seinen Anspruch nachzuweisen, legt der Patient eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine provisorische Ersatzbe-



Dr. Gerd W. Zimmermann
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9
D-65719 Hofheim

scheinigung vor. Patienten, die explizit nach Deutschland reisen, um Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen, brauchen vorher eine Genehmigung ihrer Krankenkasse im Heimatstaat. Dafür gibt es die Formulare E 112 oder S2, die vor Behandlungsbeginn zunächst bei einer selbstgewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort gegen einen Abrechnungsschein eingetauscht werden.

Die Patienten der zweiten Gruppe müssen sich mit dem Anspruchsnachweis ihrer heimischen Krankenkasse generell zunächst an eine deutsche Kasse wenden. Der Leistungsumfang ist hier auf unaufschiebbare Behandlungen beschränkt.

Für beide Patientengruppen können die üblichen Formulare verwendet werden. Lediglich bei einer Überweisung an einen anderen Arzt brauchen Patienten der zweiten Gruppe ein Rezept (Muster 16). Dieses können sie bei der gewählten deutschen Krankenkasse wieder gegen einen Abrechnungsschein eintauschen.

Bei Patienten, die keinen bzw. nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen, kann nach GÖA berechnet werden. ■

Finanzierung der Telematik geregelt

— KBV und Kassen haben geklärt, wie die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) finanziert wird. Es wurde vereinbart, dass jede Vertragsarztpraxis die Kosten für die erstmalige technische Ausstattung erstattet bekommt. Außerdem werden alle relevanten Betriebskosten übernommen, solange die Praxis das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführt (siehe dazu MMW 11/2017, S. 25). Die

Kosten werden in Form von Pauschalen übernommen (Tab. 1).

MMW-KOMMENTAR

Konkret haben die Praxen Anspruch auf die Erstausrüstungspauschale für einen Konnektor und stationäre Kartenterminals, je nach Anzahl der Vertragsärzte. Achtung: Die Höhe der Pauschale für den Konnektor richtet sich nach dem Zeitpunkt der Installation. Den Höchstbetrag gibt es nur im 3. Quartal

2017, danach gibt es immer weniger Geld. Es lohnt sich also, schnell tätig zu werden.

Zusätzlich erhalten Praxen einmalig eine TI-Startpauschale von 900 Euro, die etwa die Installation, Schulungen und Einweisungen oder die Anpassung des Praxisverwaltungssystems abdecken soll.

Von der quartalsweise gezahlten Betriebskostenpauschale sollen Konnektor-Wartung und -Updates sowie die Gebühren für den sicheren VPN-Zugangsdienst bezahlt werden.