



So rechnet man Patienten aus dem Ausland ab

Urlaubszeit -- Autor: G. W. Zimmermann

In der Coronavirus-Pandemie steigt Deutschland zu einem beliebten Tourismusziel für ausländische Besucher auf. Diese werden natürlich ggf. krank und suchen unsere Praxen auf. Je nach Herkunftsland müssen wir dann unterschiedliche Voraussetzungen beachten.



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

Patienten aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EU, Island, Liechtenstein, Norwegen) sowie der Schweiz müssen eine Europäische Versicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) zusammen mit einem Ausweis vorlegen. Beides muss kopiert und mit Datum, Stempel und Unterschrift versehen werden. Danach muss aus der Praxissoftware die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ aufgerufen werden. Der Patient füllt sie aus, wählt eine deutsche Krankenkasse aus und unterschreibt sie. Kopien und Erklärung werden dann an die gewählte Krankenkasse verschickt.

Die beim Patienten erbrachten Leistungen einschließlich der Portokosten (Nr. 40 110 EBM bzw. Nr. 40 111 für ein Fax) können über das sogenannte Ersatzverfahren in Rechnung gestellt werden. Auf dem Abrechnungsformular muss bei „Versichertenart“ die Ziffer 1 und bei „Besondere Personengruppe“ die Ziffer 7 angegeben werden. Für den Versand der Unterlagen an die gewählte Krankenkasse dürfen die Portopauschalen angesetzt werden.

Wichtig ist, dass solche Patienten lediglich Anspruch auf medizinisch unbedingt notwendige und nicht aufschiebbare Behandlungen haben. Dies gilt auch bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, für die die üblichen Formulare verwendet werden. Neben den Personalien des Patienten müssen auf diesen Formularen der Name und das Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse angegeben werden.

MMW-Kommentar

Etwas anders ist die Sachlage bei Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit. Betroffen sind hier Patienten aus Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, Serbien, der Türkei und Tunesien. Hier ist der Leistungsumfang allein auf nicht unaufschiebbare Leistungen und somit nur auf Akutbehandlungen beschränkt. Diese Patienten müssen einen Nationalen Anspruchsnachweis einer frei gewählten deutschen Krankenkasse vorlegen. Ansonsten ist die Vorgehensweise wie bei EU-Bürgern. Die Verordnung von



Britische Bürger können noch bis Ende 2020 wie gehabt versorgt werden. Was danach kommt, ist noch unklar.

Heil- und Hilfsmitteln muss allerdings vor Abgabe von der gewählten deutschen Krankenkasse genehmigt werden. Dies gilt auch bei Überweisungen, deren medizinische Notwendigkeit formlos, z. B. auf einem Rezept (Muster 16) von der deutschen Kasse genehmigt werden muss.

Patienten, die – aus welchen Gründen auch immer – keinen der genannten Ausweise vorlegen, müssen ebenfalls die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ausfüllen, erhalten aber eine normale Privatrechnung nach GOÄ und eventuelle Verordnungen auf Privatzept. Wenn sie aus einem EWR-Staat oder der Schweiz kommen, können sie die EHIC aber spätestens am folgenden Arbeitstag nachreichen oder noch eine PEB vorlegen, um die bereits entstandenen Kosten der Behandlung von der gewählten Kasse erstattet zu bekommen.

Häusliche Krankenpflege

Kontinuierliche Glukosemessung (CGM) jetzt auch Behandlungspflege

Die interstitielle Glukosemessung ist ab sofort als Leistung der Behandlungspflege verordnungsfähig. Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde dafür die neue Nr. 11a in das Leistungsverzeichnis der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie aufgenommen.

Vielen Pflegepatienten ist es nicht möglich, selbstständig die Glukose zu bestimmen und ggf. danach die Insulindosis anzupassen. Daher gab es bisher schon eine Leistungsziffer für die Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehalts im kapillaren Blut in der Richtlinie. Diese wurde nun durch die Anwendung des Messverfahrens zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung ergänzt.

Korrekte Abrechnung von Notfällen bleibt weiterhin knifflig



Diese Verletzung muss auch am Samstag versorgt werden.

Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst wird in den meisten KVen mittlerweile nach internen Pauschalen vergütet. Das heißt aber nicht, dass dadurch weniger Bürokratie für die Ärzte entstehen würde.

Die erbrachten Leistungen müssen nach wie vor gegenüber den Kassen nachgewiesen werden, damit sie im Rahmen der Honorarverträge vergütet wer-

den können. Zur Abrechnung muss eine Schein-anlage nach Muster 19 beigefügt werden – auch bei eigenen Patienten.

Bei der Abrechnung kommen einige Besonderheiten zum Tragen. Neben den EBM-Nrn. aus dem Notfalldienst-Abschnitt II 1.2 und den KV-spezifischen Wegegeldziffern sind einige Leistungen zusätzlich berechnungsfähig, die ansonsten in der Versichertenpauschale enthalten sind. Hinzu kommt, dass jeweils die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme erforderlich ist. Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen sind neben den Notfallpauschalen in der Regel nicht berechenbar, in geeigneten Fällen aber mit Begründung möglich.

MMW-Kommentar

Bei der GOÄ-Abrechnung ist noch zu beachten: Setzen Sie das Wegegeld zum Besuch anhand der Entfernung der Besuchsadresse von der Praxis an (einfache Strecke, Luftlinie, Wegegeld am Tage). Die entsprechenden Beträge finden Sie in § 8 GOÄ. Sachkosten setzen Sie in der tatsächlichen Höhe an. Im Fallbeispiel (Tab. 1) betrifft das auch die Kosten für den ansonsten neben der Nr. 2004 nicht abrechenbaren Verband und das Porto, das ggf. für den Versand des Notfallscheins an den Hausarzt der Patienten anfällt. Zuschläge dürfen in der GOÄ immer nur mit Faktor 1,0 angesetzt werden.

Tab. 1 Fallbeispiel: Unfall am Samstag

Ein 62-jähriger Diabetiker zieht sich am Samstagnachmittag zu Hause eine Schnittverletzung an der Hand zu und kollabiert. Es erfolgten ein Besuch, eine Untersuchung und Behandlung.

EBM	Leistung	Euro	GOÄ	Euro*
01 212	Notfallpauschale (Samstag, 16 Uhr)	21,42	7	21,46
01 418	Besuch im organisierten Not(fall-)dienst	85,48	50 H	42,90 + 19,82
02 301	Primäre Wundversorgung mittels Naht	14,61	491 2008	16,22 2,18
02 100	Infusion, Mindestdauer 10 Minuten	7,36	271	16,08
32 025	Glukosebestimmung	1,60	3514	4,69
01 218	Notfallkonsultationspauschale III: telefonische Rücksprache (Samstag, 19:30 Uhr)	18,68	1 D	10,72 + 12,82
40 110	Portopauschale	0,81	Portokosten	

* Bei dem GOÄ-Honorar ist jeweils der Schwellensatz zugrunde gelegt.