



GLOSSARBEGRIFF

Patientenmobilitätsrichtlinie

Fragen und Antworten zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

1. Was ändert sich durch die Richtlinie für die Patientinnen und Patienten?

Alle Patientinnen und Patienten in Europa erhalten mit der Richtlinie eine klare und sichere Gewähr ihrer Rechte, wenn sie im EU-Ausland Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen. Die Kosten für die Auslandsbehandlung werden von der Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet, die auch bei der entsprechenden Behandlung im Inland angefallen wären. Das ist ein großer Fortschritt, denn künftig muss niemand mehr diese Rechte erst vor dem Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) einklagen, um sie wahrnehmen zu können. Speziell für die deutschen Versicherten ist dies jedoch nichts Neues mehr: Die seit 1998 ergangene Rechtsprechung des EuGH wurde bereits im Jahr 2004 im deutschen Recht (ins-besondere § 13 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V) festge-schrieben. Darüber hinaus bietet die Richtlinie vor allem praktische Erleichterungen bei der Wahrnehmung dieser Rechte: Bürgerinnen und Bürger bekommen ein Mehr an Information und Klarheit. Zukünftig sollen nationale Kontaktstellen in jedem Mitgliedstaat errichtet werden, die europaweit miteinander zusammenarbeiten. Der Zugang zu den behandlungsrelevanten Informationen wird damit erheblich erleichtert. Das ist wichtig. Denn um nicht auf Kosten sitzen zu bleiben, sollten sich die Bürgerinnen und Bürger in jedem Fall auch weiterhin vor Reiseantritt informieren, welche Kosten von der eigenen Krankenkasse übernommen werden würden.

2. Für wen gilt die Richtlinie?

Die Richtlinie gilt grundsätzlich für gesetzlich und privat Versicherte gleichermaßen. Einzige Ausnahme bilden die Regelungen zur Kostenerstattung (Kapitel III). Diese gelten nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nicht aber für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte (z.B. Beamte). Hintergrund ist der, dass die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfestellen für diese Personengruppen spezielle, vorrangige Sonderregelungen für die Abrechnung grenzüberschreitender Behandlungen vorsehen.

3. Für welche Behandlungen gilt die Richtlinie nicht?

Für Leistungen der Pflegeversicherung, die Zuteilung von und den Zugang zu Organen zum Zweck der Organtransplantation und für öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten.

4. Welche Änderungen bringt die Richtlinie für das deutsche Gesundheitssystem mit sich?

Die Richtlinie wird für das deutsche System keine grundsätzlichen Rechtsänderungen mit sich bringen. Denn die Richtlinie orientiert sich eng an der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, und diese wurde bereits 2004 in deutsches Recht umgesetzt. Da dies jedoch bei weitem noch nicht in allen Mitgliedstaaten geschehen ist, profitiert das deutsche Gesundheitswesen davon, dass nun endlich Versicherte aller Mitgliedstaaten in der EU Gesundheitsdienstleistungen grenzüberschreitend in Anspruch nehmen können. Es ist damit zu rechnen, dass unser Gesundheitssystem, vermehrt Versicherte aus dem EU-Ausland, als Kunden gewinnen kann.

5. Werden durch die Richtlinie die Krankenkassenbeiträge steigen?

Nein. Es müssen grundsätzlich nur maximal die Kosten erstattet werden, die auch bei einer entsprechenden Behandlung im Versicherungsstaat erstattet werden.

6. Müssen sich Patientinnen und Patienten im Inland auf längere Wartezeiten z.B. für eine Facharztbehandlung oder einen OP-Termin einstellen, wenn sich zusätzliche Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland in Deutschland behandeln lassen wollen?

Nein. Die Richtlinie sieht ausdrücklich vor, dass die inländische Versorgung nicht durch die Behandlung EU-ausländischer Versicherter beeinträchtigt werden darf. Ausländische Patientinnen und Patienten dürfen nicht vorrangig behandelt werden.

7. Werden wegen des Grundsatzes der Kostenerstattung von der Richtlinie nur Wohlhabende profitieren, weil Geringverdiener es sich nicht leisten können, die Behandlungskosten zu verauslagen?

Nein. Die Richtlinie zielt auf die Stärkung der Rechte aller Patientinnen und Patienten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrer finanziellen Situation. Es werden den Versicherten die Kosten einer Behandlung, für die eine Vorabgenehmigung erteilt wurde, in genehmigter Höhe erstattet. Bei ambulanten Behandlungen ist die Krankenkasse verpflichtet, die Kosten in der Höhe zu erstatten, in der sie auch für eine vergleichbare inländische Behandlung übernommen werden würden, abzüglich eines Verwaltungskostenabschlags. Es wird daher empfohlen, sich vor Reiseantritt bei der eigenen Krankenkasse entsprechend zu informieren.

8. Warum brauchen wir die Richtlinie zusätzlich zur Verordnung 883/2004 über die Soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, die ja ebenfalls Regelungen zur

Gesundheitsversorgung im EU-Ausland enthält?

Die Rechte aus der Richtlinie treten neben die Möglichkeiten, die die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (sog. Wanderarbeitnehmerverordnung) den Patientinnen und Patienten bietet, und ergänzen diese.

Wesentlicher Unterschied der Richtlinie zur Wanderarbeitnehmerverordnung ist zum einen, dass die Richtlinie nur geplante Auslandsbehandlungen erfasst. Demgegenüber kann z.B. der anlässlich einer Auslandsreise erkrankte Tourist gegen Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte nach der Wanderarbeitnehmerverordnung die Auslandsbehandlungen in Anspruch nehmen. Zum anderen muss nach der Richtlinie für ambulante Behandlungen im EU-Ausland vorab keine Genehmigung eingeholt werden, wohingegen nach der Wanderarbeitnehmerverordnung ein umfassender Genehmigungsvorbehalt gilt. Darüber hinaus werden nach der Richtlinie von der Krankenkasse des Versicherten nur die Kosten getragen, die auch für eine vergleichbare Behandlung im Versicherungsstaat übernommen worden wären – abzüglich eines Verwaltungskostenabschlags. Nach der Wanderarbeitnehmerverordnung hingegen gilt für den EU-ausländischen Versicherten grundsätzlich das Recht des Staates, in dem die Behandlung stattfindet. Das heißt: Der EU-ausländische Versicherte wird im Behandlungsstaat medizinisch so versorgt, als sei er dort versichert (sog. Sachleistungsaushilfe). Gilt im Behandlungsstaat das Kostenerstattungsprinzip, erhält der Versicherte die Kosten der Behandlung nach den Vorschriften des Behandlungsstaates ersetzt. Sieht das dortige Recht z.B. Zuzahlungen oder Selbstbehalte vor, gelten diese grundsätzlich auch für ihn.

Für die Patientinnen und Patienten besteht nunmehr ausdrücklich ein Wahlrecht, wenn sowohl die Voraussetzungen der Richtlinie als auch der Wanderarbeitnehmerverordnung erfüllt sind: Sie können dann zwischen der Kostenerstattung nach dem Recht des Versicherungsstaates entsprechend der Richtlinie und der Sachleistungsaushilfe nach dem Recht des Behandlungsstaates entsprechend der Wanderarbeitnehmerverordnung wählen.

9. Wo können Patientinnen und Patienten sich über die Möglichkeit einer Auslandsbehandlung und die dafür geltenden Rahmenbedingungen informieren?

Grundsätzlich kann sich jeder Versicherte bei seiner Krankenkasse über die Möglichkeit einer Auslandsbehandlung informieren. Darüber hinaus sieht die Richtlinie die Schaffung nationaler Kontaktstellen vor, bei denen die Patientinnen und Patienten unkompliziert alle wesentlichen Informationen erhalten können, wenn sie eine Behandlung im EU-Ausland planen. Diese Kontaktstellen müssen in Deutschland – wie auch in den anderen Mitgliedstaaten – erst noch geschaffen werden. Grundsätzlich wird dann die nationale Kontaktstelle im Behandlungsmitgliedstaat über Voraussetzungen und alle Fragen der Behandlung informieren.

10. Können aufgrund der Richtlinie Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen zur Behandlung ins Ausland geschickt werden?

Nein. Der Richtlinie liegt der Ansatz zugrunde, dass jeder Mitgliedstaat für die Versorgung seiner Versicherten selbst zuständig ist, dass aber die Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat wünschen, nicht allein gelassen, sondern mit Rat und Tat unterstützt werden. Sie müssen über Vor- und Nachteile der Auslandsbehandlung aufgeklärt und beraten werden, ob die Abrechnung über die Wanderarbeitnehmerverordnung (Verordnung 883/2004) oder die Richtlinie für sie vorteilhafter ist.

11. Welche Möglichkeiten stehen Versicherten offen, deren Genehmigungsantrag abgelehnt wurde?

Nach der Richtlinie hat jeder Versicherte das Recht auf Überprüfung der ihn betreffenden Verwaltungsentscheidung; das schließt auch den Weg vor Gericht mit ein. Nähere Informationen können grundsätzlich bei der jeweiligen Krankenkasse und nationalen Kontaktstelle erfragt werden.

12. Wenn im Ausland Behandlungsfehler passieren, wer haftet dann?

Es gilt das Recht des Staates, in dem die Behandlung stattgefunden hat.

13. Welche Qualitäts- und Sicherheitsstandards gelten bei einer Behandlung im Ausland?

Es gelten die Qualitäts- und Sicherheitsstandards des Staates, in dem die Behandlung stattfindet.

14. Wer übernimmt die Kosten für eine Auslandsbehandlung nach der Richtlinie?

Die Krankenkasse des Versicherten trägt die Kosten der EU- Auslandsbehandlung, sofern die Voraussetzungen der Richtlinie für eine Kostenerstattung erfüllt sind. Für Behandlungen mit erhöhtem Planungsbedarf (in Deutschland bei stationären Behandlungen) muss der Versicherte insoweit vorab eine Genehmigung einholen. Die Krankenkasse ist verpflichtet, gegen Vorlage der Rechnung den jeweiligen Betrag – ggf. mit einem Verwaltungskostenabschlag – zu erstatten. Es wird daher empfohlen, sich vor Reiseantritt bei der eigenen Krankenkasse entsprechend zu informieren.

15. Laufen die Patientinnen und Patienten Gefahr, auf einem Teil der Kosten sitzen zu bleiben?

Kosten einer Behandlung, für die eine Vorabgenehmigung erteilt wurde, müssen in genehmigter Höhe erstattet werden. Bei ambulanten Behandlungen ist die Krankenkasse verpflichtet, die Kosten in der Höhe zu erstatten, in der sie auch für eine vergleichbare inländische Behandlung übernommen werden würden. Die Krankenkasse kann darüber hinaus einen Verwaltungskostenabschlag in ihrer Satzung vorsehen. Es wird daher empfohlen, sich vor Reiseantritt bei der eigenen Krankenkasse entsprechend zu informieren.

16. Was gilt, wenn eine Nachbehandlung im Heimatland notwendig ist?

Jeder Versicherte hat das Recht auf eine Nachbehandlung, sofern diese auch bei einer vergleichbaren Inlandsbehandlung notwendig geworden wäre. Um die Kontinuität der Versorgung zu sichern, hat das Land, in dem die Behandlung erfolgt ist, sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten auf Wunsch zumindest eine Kopie ihrer

Patientenakte mit Angaben über die Behandlung erhalten.

17. Können deutsche Versicherte jede beliebige Behandlung nach der Richtlinie im Ausland vornehmen lassen?

Nein. Erstattet werden nur die Kosten für Behandlungen, die nach dem Recht der GKV vorgesehen sind. So können beispielsweise keine Kosten für Leistungen der Präimplantationsdiagnostik oder andere nicht dem Leistungskatalog und den Wertentscheidungen der GKV entsprechenden Behandlungen erstattet werden. Es wird daher empfohlen, sich vor Reiseantritt bei der eigenen Krankenkasse entsprechend zu informieren.

18. Muss die Krankenkasse auch sonstige Kosten übernehmen, die anlässlich der EU-Auslandsbehandlung anfallen (Unterkunft, Reisekosten von Begleitpersonen)?

Es müssen alle Kosten übernommen werden, die auch bei einer vergleichbaren Inlandsbehandlung von der Krankenkasse zu übernehmen sind. Es wird daher empfohlen, sich vor Reiseantritt bei der eigenen Krankenkasse entsprechend zu informieren.

19. Kann man im Ausland ausgestellte Rezepte für Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel auch in Deutschland einlösen und umgekehrt?

Ja. Nach der Richtlinie gilt: Ein Rezept für ein Arzneimittel, das z.B. in Frankreich ordnungsgemäß verschrieben wurde, soll auch in einer Apotheke jedes anderen Mitgliedstaates eingelöst werden können, vorausgesetzt, das betreffende Arzneimittel ist in dem betreffenden Staat verfügbar.

Bei der Kostenerstattung gilt: Grundsätzlich müssen von der Krankenkasse nur solche Kosten erstattet werden, die auch bei einer vergleichbaren Inlandsbehandlung übernommen worden wären. Es ist daher ratsam, sich bei seiner Krankenkasse entsprechend vorab zu informieren.

20. Welche Aufgabe haben die Europäischen Referenznetzwerke?

Die Mitgliedstaaten möchten mit der Errichtung Europäischer Referenznetzwerke zwischen Gesundheitsdienstleistern und Fachzentren den Zugang zur Diagnose und die Bereitstellung hochwertiger Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten verbessern. Besonders die Erforschung seltener Erkrankungen wird durch eine derartige Konzentration von Ressourcen und Fachwissen verbessert werden können.

21. Welchem Zweck soll das zukünftige Netzwerk für Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen (HTA) dienen?

Durch die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in diesem freiwilligen Netzwerk soll ein stärkerer Informationsaustausch und eine verbesserte Nutzung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu neuen Technologien und Behandlungsmethoden im Gesundheitswesen ermöglicht werden, um eine sachgerechte Einführung von

Innovationen zu unterstützen. Dabei soll auf bestehende Pilotprojekte aufgebaut und Expertinnen und Experten insbesondere der evidenzbasierten Medizin entsprechend einbezogen werden.

22. Welche Rolle hat e-Health bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung?

Um insbesondere Behandlungen im Ausland zu unterstützen und den Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen zu erleichtern, möchten die Mitgliedstaaten grenzüberschreitende elektronische Gesundheitsdienste (e-Health) für ihre Bürger verfügbar machen. Das bedeutet, dass existierende medizinische Informationen im Ausland für die Behandlung genutzt werden können sollen. Die Kommission unterstützt die Mitgliedstaaten dabei.

23. Ab wann gilt die Richtlinie, und wie wird die Richtlinie umgesetzt?

Die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde am 4. April 2011 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht und ist am 24. April 2011 in Kraft getreten.

Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, die Richtlinie bis zum 25. Oktober 2013 umzusetzen.

[Nach oben](#)

