



FRAGEN & ANTWORTEN (Q&A) FÜR DIE UMSETZUNG DER RICHTLINIE ÜBER GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG



Version 1

Information zusammengestellt von EURORDIS

Die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wurde offiziell am 9. März 2011 verabschiedet. Seit ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union steht den Mitgliedsstaaten eine Frist von 30 Monaten für die Umsetzung der Richtlinie in ihren nationalen Rechtsvorschriften zur Verfügung.

Dieses Dokument möchte einige der häufigsten Fragen, die Patientenvertreter zum Verständnis der neuen Rechtsvorschrift und für die Lobbyarbeit auf nationaler Ebene im besten Interesse der Patienten für die Umsetzung in die nationale Gesetzgebung haben könnten, beantworten.

Fragen & Antworten (Q&A) für die Umsetzung der Richtlinie über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

RICHTLINIE 2011/24/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES VOM 9. MÄRZ 2011 ÜBER DIE AUSÜBUNG DER PATIENTENRECHTE IN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

1 Warum gibt es eine Richtlinie und eine Verordnung?	3
2 Wie unterscheiden sie sich?	4
3 Ist das S2-Formblatt sinnvoll (zuvor E112)?	5
4 Warum ist ein S2-Formblatt unzureichend (zuvor E112)?	5
5 Was ist in der neuen Richtlinie wichtig?	6
6 Welche Art der Gesundheitsversorgung ist mit der Richtlinie abgedeckt?	6
7 Kann ich Gesundheitsversorgung im Ausland in Anspruch nehmen, falls die Behandlung nicht in meinem Land verfügbar ist?	7
8 Müssen wir als Patienten die vollen Kosten vorab übernehmen, die uns dann später rückerstattet werden?	14
9 Aus welchem Grund kann eine Vorabgenehmigung verweigert werden?	8
10 Steht etwas besonders wichtiges für seltene Krankheiten drin?	8
11 Gibt es Preisunterschiede für Mitbürger und für Ausländer?	8
12 Können wir auch die Kostenerstattung von Reise- und Unterbringungskosten beantragen?	9
13 Wo kann ich Informationen über die in anderen Mitgliedsstaaten bereitgestellte Gesundheitsversorgung finden?	9
14 Falls etwas passiert, was kann ich machen? Wer ist verantwortlich?	9
15 Können wir für die Erstattung der gesamten Kosten (Hauptkosten) plädieren?	10
16 Für welche Gesundheitsdienstleistung wird eine Vorabgenehmigung benötigt?	10
17 Können Mitgliedsstaaten grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung einschränken?	10
18 Wichtige EuGH-Urteile die man im Auge haben sollte	11
19 Das EuGH-Urteil im Fall Geraets-Smits & Peerbooms	11
20 Das EuGH-Urteil im Fall Elchinov	11
21 Glossar	12

Einführung

Die neu verabschiedete Richtlinie stellt einen Schritt in Richtung Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung für europäische Bürger dar. Sie schlägt nicht nur Lösungen für Beschäftigte des Gesundheitswesens für eine bessere Zusammenarbeit unter den Mitgliedsstaaten vor, sondern zeigt Mitgliedsstaaten auf, welche Initiativen sie umsetzen sollten zur Unterstützung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung in anderen Mitgliedsstaaten als den Versicherungsmitgliedstaat (wo Patienten ihre Steuern in das Gesundheitssystem zahlen).

Der Europäische Gerichtshof hat festgestellt, dass das Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung bereits von den EU-Vertragsbestimmungen [zum freien Dienstleistungsverkehr] abgedeckt ist. Somit schafft die Richtlinie keine neuen Rechte für Patienten, diese existieren bereits.

Jedoch wird die Richtlinie nur nützlich sein, falls alle Mitgliedsstaaten sie in ihre nationalen Rechtsvorschriften unter voller Respektierung der Patientenrechte umsetzen, was bis zum 25. Oktober 2013 erreicht werden soll.

Folglich haben Patienten und ihre Organisationen die Möglichkeit mit ihren Gesundheitsbehörden zu besprechen, wie sie die Richtlinie innerhalb der nächsten zwei Jahre am besten in ihre Gesundheitsbehörden integrieren.

Ein wesentliches Merkmal dieser Richtlinie ist, dass sie viele Möglichkeiten vorschlägt, über welche jeder Mitgliedsstaat entscheiden kann, ob er diese Optionen umsetzt oder nicht.

Unten eine Liste der Punkte, für welche sich EURORDIS seit 2006 einsetzt:

1. Für seltene Krankheiten sollten Patienten das Recht auf Behandlung in einem anderen Land als ihr Versicherungsland haben, falls die Behandlung nicht in ihrem eigenen Wohnsitzland verfügbar ist.
2. Alle Kosten sollten erstattet werden, einschließlich Reise- und Unterbringungskosten.
3. Patienten sollten nicht vorab zahlen und dann auf die Rückerstattung warten müssen.
4. Falls eine Vorabgenehmigung verlangt wird, sollte diese nicht einer Ermessensentscheidung unterzogen werden. Sie sollte proportional sein (keine unrealistischen Informationsanforderungen) und es sollte schnell gehen, mit der Möglichkeit der Anfechtung, falls die Entscheidung negative ausfällt (wie in der Richtlinie festgelegt).

Während Unterredungen mit Gesundheitsbehörden sollten einige Artikel dieser Richtlinie besonders hervorgehoben werden, diese sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Problem	Einwände	
	Artikel bzw. Punkte dieser Richtlinie, die unsere Argumente unterstützen.	Wo findet man die Erklärung in diesem Dokument gefunden?
<p>Ihre Gesundheitsbehörde besteht darauf, dass Patienten immer das S2-Formblatt (zuvor E112) verwenden sollten, und fragt systematisch nach einer Vorabgenehmigung.</p> <p>Dies könnte passieren, falls eine Regierung davon ausgeht, dass die Richtlinie nicht wirklich nötig ist und sie nicht bereit sind, ihre Verwaltungsverfahren für die Umsetzung der Richtlinie tief greifend zu verändern.</p>		Frage 4 Seite 5
<p>Ihre Gesundheitsbehörde sagt, Patienten könnten eine zweite medizinische Meinung in einem</p>	Punkt 16, Seite 88/46	

anderen Land einsuchen, aber nur zur Diagnosestellung, nicht zur Behandlung (und die Behandlung wird im Versicherungsland erstattet).		
Ihre Gesundheitsbehörde stimmt der Ermöglichung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung zu, aber nur für sehr seltene Krankheiten.	Punkt 55, Seite 88/51 <i>Seltene Krankheiten sind Krankheiten mit einer Prävalenz von weniger als fünf betroffenen Personen in 10 000, entsprechend der Verordnung EU - 141/2000.</i> Artikel 13.b, Seite 86/62	
Ihre Gesundheitsbehörde verlangt, dass der Patient vorab bezahlen sollte, und wird ihn später zurückerstatten (nur mit Vorabgenehmigung)	Artikel 7.4, Seite 88/57	Frage 7
Ihre Gesundheitsbehörde schlägt keine spezifischen Maßnahmen für seltene Krankheiten verglichen mit häufigen Krankheiten vor.	Artikel 13, Seite 88/62	Frage 8
Beschäftigte des Gesundheitswesens schlagen unterschiedliche Kosten für die gleiche Dienstleistungsart, in Abhängigkeit von woher der Patient kommt, vor.	Artikel 4.4, Seite 88/56	Frage 9
Ihre Gesundheitsbehörde sagt, Reise- und Unterbringungskosten werden nicht von dieser Richtlinie abgedeckt.	Punkt 34, Seite 88/49 Artikel 7.4, Seite 88/58	Frage 10
Ihre Gesundheitsbehörde erklärt, dass die Richtlinie nicht die Erstattung der gesamten Kosten vorsieht (Hauptkosten), sondern nur zu dem Grenzwert was im Wohnsitzland erstattet werden würde.	Artikel 7.4, Seite 88/58	Frage 13
Ihre Gesundheitsbehörde möchte keinen Dialog über die Liste der Behandlungsmethoden, für welche eine Vorgehen genehmigung benötigt wird, eingehen bzw. ist nicht so transparent bezüglich dieser Liste, wie es gewünscht ist.	Artikel 8.7, Seite 88/59	Frage 14
Ihre Gesundheitsbehörde begrenzt die Anzahl von Patienten von anderen Mitgliedsstaaten, welche in Ihrem Land behandelt werden können.	Punkt 21, Seite 88/47 Artikel 7.9, Seite 88/58	Frage 15

1 | WARUM GIBT ES EINE RICHTLINIE UND EINE VERORDNUNG?

Die Verordnung 883/2004 wurde verabschiedet zur Gewährleistung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung im Wohnsitzland für Wanderarbeitnehmer und ihre Familienangehörigen. Sie deckt auch die Behandlung



ABBILDUNG 1: die europäische Krankenversicherungskarte

außerhalb des Wohnsitzlandes bzw. Versicherungslandes unter den folgenden Bedingungen ab:

- **Gelegentliche Versorgung:** Bei kurzzeitigem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedsstaat hat eine Person ein Recht auf Gesundheitsversorgung, die während ihres Aufenthaltes notwendig wird. Um ihren Anspruch im Heimatstaat zu beweisen, sollten Patienten ein E111-Formblatt beim Aufnahmestaat einreichen (jetzt ersetzt durch die europäische Krankenversicherungskarte EHIC).
- **Geplante Gesundheitsversorgung:** Patienten, die speziell für die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung in einen anderen Mitgliedsstaat ziehen, benötigen eine Vorabgenehmigung von der zuständigen Einrichtung in ihrem Heimatstaat. Diese Genehmigung, zertifiziert durch ein S2-Formblatt (zuvor E112), muss gegeben werden, falls die Behandlung im Wohnsitzstaat abgedeckt ist, aber nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums bereitgestellt werden kann.

Die Richtlinie 2011/24 wurde in 2011 zur Kodifizierung der Rechte auf Gesundheitsversorgung im Ausland verabschiedet. Sie wurde direkt von den Bestimmungen zur Freizügigkeit des EU-Vertrags abgeleitet, welche parallel der durch die Verordnung erklärten Rechte in Kraft sind. Die bereits existierende Verordnung 883/2004 ist sehr umstritten, mit einer langen Reihe an Rechtsfällen, die die Anforderung einer Vorabgenehmigung für bestimmte Fälle verwarfen und den Patienten die Kosten der im Ausland in Anspruch genommenen Gesundheitsversorgung zurückerstattet wurden.

2 | WIE UNTERSCHIEDEN SIE SICH?

Die Richtlinie soll Klarheit und Rechtssicherheit für Patienten schaffen. „Das System muss patientenorientiert sein. Die Forderung der Vorabgenehmigung einer Behandlung und die geschlossene Liste, wo grenzüberschreitende Behandlung eingeschränkt ist, dürfen die Patienten nicht daran hindern, die von ihnen benötigte Versorgung zu erhalten“, sagte Irlands Ost-EU-Abgeordneter Mairead McGuinness im Europaparlament in Straßburg.

Vorabgenehmigung kann in Betracht gezogen werden:

- Für Gesundheitsversorgungen mit einem stationären Krankenhausaufenthalt mit mindestens einer Übernachtung;
- für hoch spezialisierte und kostenaufwendige Gesundheitsversorgung;
- in schweren und spezifischen Fällen bezogen auf die Qualität und Sicherheit der im Ausland bereitgestellten Gesundheitsversorgung. In diesen 3 Fällen müssen Patienten eventuell eine Genehmigung vorab von ihrer nationalen Gesundheitsbehörde verantwortlich für die Kostenerstattung beantragen.

Selbst mit dieser neu verabschiedeten Rechtsvorschrift bleibt die Verordnung 884/2004 weiterhin in Kraft und möglicherweise finden Patienten es vorteilhafter, grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung basierend auf den bestehenden Regeln als im Rahmen der neuen Richtlinie zu beantragen. Nach Verordnung 883/2004 können dem Patienten angemessene Reisekosten erstattet werden. Es wird vom Mitgliedsstaat abhängig sein, ob sie die Kosten für Reise- und Unterbringungskosten übernehmen.

Die Richtlinie sieht vor, dass die Kosten für eine in einem anderen Mitgliedsstaat in Anspruch genommene Gesundheitsversorgung, welche die Kosten für die Intervention im Wohnsitzland übersteigen, von der Person

getragen werden sollten, es sei denn, das Wohnsitzland stimmt der Zahlung der vollständigen Behandlungskosten zu.

Die wichtigsten Unterschiede können wie folgt zusammenfasst werden:

3 | IST DAS S2-FORMBLATT SINNVOLL (ZUVOR E112)?

Verordnung 883/2004 (E111/E112)

- *Vorabgenehmigung für den Zugang zu Gesundheitsversorgung in einem anderen Land als das Versicherungsland: immer benötigt*
- *Wenn OK: Werden die eigentlichen Kosten erstattet*

Jetzt Richtlinie 2011/24

- *Vorabgenehmigung nicht nötig, falls die Behandlung auf der «Liste» ist.*
- *Falls auf der Liste, dann Kostenerstattung auf Basis der Kosten im Versicherungsland.*

Ja. Sehr! Wenn Sie die Genehmigung zur Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung in einem anderen Land unter Anwendung des S2-Formblatts erhalten haben, werden nicht nur alle mit der Bereitstellung der Gesundheitsversorgung verbundenen Kosten erstattet, (selbst falls diese Kosten die Kosten im Versicherungsland überschreiten), sondern auch die Reisekosten. Merkmale des S2-Formblatts:

- Für geplante Gesundheitsversorgung (nicht für Notfälle und Unfälle)
- Kostenfrei, von der Krankenkasse des Patienten bereitgestellt
- Ein Schreiben, das den medizinischen Bedarf erklärt.
- Vorabgenehmigung (Experte)
- Gültig für ein Jahr
- Bietet Zugang zu Gesundheitsversorgung unter den Bedingungen des Landes, das diese anbietet.
- Das Gesundheitssystem des Behandlungsmitgliedstaates zahlt das Krankenhaus (nicht den gesamten Aufwand).
- Teil der Kosten: Zahlung durch den Patienten mit nachfolgender Kostenerstattung durch die Krankenversicherung des Patienten.

4 | WARUM IST EIN S2-FORMBLATT UNZUREICHEND (ZUVOR E112)?

Die Nachteile eines S2-Formblatts sind:

- Es ist willkürlich (Vorabgenehmigung durch Ratgeber, die nicht unbedingt Experten der relevanten seltenen Krankheit sind).
- Es eignet sich hauptsächlich für gut etablierte Gesundheitsversorgung (kaum anwendbar für seltene Krankheiten).
- Einzelfall-Prinzip (Verwaltungsaufwand, Verzögerungen)
- Es muss jedes Mal, wenn der Patient in den Behandlungsmitgliedstaat reist, neu beantragt werden.

- Die Teilzahlung des Patienten (die dann nach langen Verzögerungen erstattet wird) kann hoch sein.

5 | WAS IST IN DER NEUEN RICHTLINIE WICHTIG?

Die Richtlinie bittet:

Die Mitgliedsstaaten eine Liste an Behandlungen, für welche eine Vorabgenehmigung benötigt wird, zu erstellen.

Jeder Mitgliedsstaat muss eine nationale Informationsstelle einrichten, welche der Öffentlichkeit Informationen über welche Art an Gesundheitsversorgung in welchem europäischen Land und zu welchen Kosten verfügbar ist, bereitstellt. Diese Informationsstellen werden Patienten Informationen über ihre Rechte und Ansprüche sowie über praktische Aspekte der Inanspruchnahme von grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung bereitstellen, z. B. Informationen über Gesundheitsdienstleister, Qualität und Sicherheit, Zugang zu Krankenhäusern für Personen mit Behinderungen, damit Patienten eine informierte Wahl treffen können.

Veranschaulichung:

Beispiel: Ein Patient lebt in Italien und reist in die Tschechische Republik für eine spezielle Behandlung. Diese Behandlung steht nicht auf der Liste.		
Verordnung oder Richtlinie	Verordnung: S2-Formblatt (zuvor E112) und Vorabgenehmigung benötigt.	Richtlinie: Keine Vorabgenehmigung benötigt.
Behandlungskosten, Tschechische Republik	30 000 €	30 000 €
Behandlungskosten, Italien	26 000 €	26 000 €
Vorauszahlung durch den Patienten * Manchmal null	3 000 €* Restlichen Kosten von 27 000 € zahlt das tschechische Gesundheitssystem an das Krankenhaus.	30 000 €* Krankenversicherung in Italien erstattet den Patienten 26 000 €, nicht 30 000 €.
Kosten für den Patienten	0 € Krankenversicherung in Italien erstattet den Patienten 3 000 €	4 000 €

6 | WELCHE ART DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IST MIT DER RICHTLINIE ABGEDECKT?

Die in einem anderen Land bereitgestellte Gesundheitsversorgung kann umfassen:

- Beratung
- Untersuchung
- Operation
- Behandlung, einschließlich Arzneimitteln
- Und dies ist nicht auf die Diagnosestellung begrenzt.

Punkt 6 sagt deutlich dass: „Wie der Gerichtshof der Europäischen Union (im Folgenden den [der sic] „Gerichtshof“) mehrfach bekräftigt hat, fallen trotz ihrer Besonderheiten alle Arten medizinischer Versorgung in den Anwendungsbereich des AEUV.“

Punkt 16 legt genau fest, welche Regeln den Erwerb von Arzneimitteln bzw. medizinischen Geräten in einem anderen Land bestimmen:

„In Bezug auf die Kostenerstattung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sollte diese Richtlinie nicht nur für den Fall gelten, dass der Patient eine Gesundheitsversorgung in einem anderen als seinem Versicherungsmitgliedstaat erhält, sondern auch für die Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, wenn diese im Zusammenhang mit einer Gesundheitsdienstleistung erfolgen.“

Der Begriff der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollte sowohl den Fall umfassen, dass ein Patient solche Arzneimittel und Medizinprodukte in einem anderen als seinem Versicherungsmitgliedstaat kauft, als auch den Fall, dass er solche Arzneimittel und Medizinprodukte in einem anderen Mitgliedsstaat kauft als dem, in dem die Verschreibung ausgestellt wurde.“

7 | KANN ICH GESUNDHEITSVERSORGUNG IM AUSLAND IN ANSPRUCH NEHMEN, FALLS DIE BEHANDLUNG NICHT IN MEINEM LAND VERFÜGBAR IST?

Vorabgenehmigung hängt mit der Kostenerstattung zusammen nicht mit dem Zugang zu Behandlungen. Falls eine Behandlung in einem Mitgliedsstaat nicht verfügbar und nicht Teil des „Leistungsspektrums der Gesundheitsversorgung“ ist, dann könnten die Behörden eine Vorabgenehmigung ablehnen. Falls eine Behandlung Teil des „Leistungsspektrums der Gesundheitsversorgung“ aber nicht verfügbar ist, dann trifft wahrscheinlich „unangemessene Verzögerung“ zu und deswegen können die Behörden eine Vorabgenehmigung wahrscheinlich nicht ablehnen. In diesem Fall wird die im Ausland durchgeführte Behandlung erstattet.

Normalerweise sind „öffentliche Leistungsangebote“ sehr allgemein definiert, falls aber eine präzisere Liste existiert (wie zum Beispiel detaillierte medizinische Abrechnungs-codes), müssen diese für die grenzüberschreitende Kostenerstattung verwendet werden.

8 | MÜSSEN WIR ALS PATIENTEN DIE VOLLEN KOSTEN VORAB ÜBERNEHMEN, DIE UNS DANN SPÄTER RÜCKERSTATTET WERDEN?

Anstatt einer Rückerstattung der Kosten an den Patienten können sich Versicherungsmitgliedstaaten auch entscheiden, den Gesundheitsdienstleister direkt zu bezahlen. Dies ist keine Pflicht, sondern eine Option.

Dies wird im Artikel 7.4 erklärt:

„Der Versicherungsmitgliedstaat erstattet oder bezahlt direkt die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen, die er übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.“

Für eine ambulante Behandlung können Patienten auch eine Gesundheitsversorgung im Ausland ohne Vorabgenehmigung oder Formalitäten in Anspruch nehmen und die Kostenerstattung nach ihrer Rückkehr anfordern.

9 | AUS WELCHEM GRUND KANN EINE VORABGENEHMIGUNG VERWEIGERT WERDEN?

Diese Gründe müssen erklärt werden, und sind sehr eindeutig definiert, um Ermessensentscheidungen soweit wie möglich zu vermeiden. Ein Versicherungsmitgliedstaat kann eine Vorabgenehmigung verweigern:

- Falls der Patient, der grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen möchte, einem nicht akzeptierbaren Sicherheitsrisiko ausgesetzt sein würde,
- falls die allgemeine Öffentlichkeit einem erheblichen Gefährdungspotenzial ausgesetzt sein würde,

FALLS DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG VON EINEM GESUNDHEITSDIENSTLEISTER BEREITGESTELLT WERDEN SOLL, DESSEN KONFORMITÄT MIT QUALITÄTS- UND SICHERHEITSSTANDARDS UND RICHTLINIEN ERNSTHAFTE BEDENKEN AUFWIRFT, ODER FALLS DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG IM HOHEITSGEBIET DES VERSICHERUNGSMITGLIEDSTAATS INNERHALB EINER MEDIZINISCH ZU RECHTFERTIGENDEN FRIST BEREITGESTELLT WERDEN KANN¹⁰ | STEHT ETWAS BESONDERS WICHTIGES FÜR SELTENE KRANKHEITEN DRIN?

Artikel 13

Dieser Artikel besagt, die Europäische Kommission und ihre Mitgliedsstaaten sollten die Angehörigen der Gesundheitsberufe darüber informieren, dass ihnen auf Unionsebene Hilfsmittel zur korrekten Diagnosestellung von seltenen Krankheiten zur Verfügung stehen, insbesondere die Orphanet-Datenbank und die Europäischen Referenznetzwerke;

und sollten Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe und die für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen informieren über die „Möglichkeiten im Rahmen der Verordnung (EG) Nr. 003/2004, Patienten mit seltenen Krankheiten in andere Mitgliedsstaaten zu überweisen, auch für die Diagnose und für die Behandlungen, die im Versicherungsmitgliedstaat nicht verfügbar sind.“

Anders gesagt, die europäischen Institutionen bestehen auf die Bestimmungen der Verordnung und die Verwendung des S2-Formblattes.

11 | GIBT ES PREISUNTERSCHIEDE FÜR MITBÜRGER UND FÜR AUSLÄNDER?

Es sollte keine Unterschiede geben, wie in Artikel 4.4 erklärt:

12| KÖNNEN WIR AUCH DIE KOSTENERSTATTUNG VON REISE- UND UNTERBRINGUNGSKOSTEN BEANTRAGEN?

Ja, die Erstattung von « anderen Kosten » wird im Punkt 34 und Artikel 7.4. erwähnt. Diese Option steht den Mitgliedsstaaten frei, Patientenorganisationen sollten sich auf nationaler Ebene ihrer Mitgliedsstaaten für die Anwendung dieser Option einsetzen.

13| WO KANN ICH INFORMATIONEN ÜBER DIE IN ANDEREN

„Beispielsweise steht es den Mitgliedsstaaten frei, zusätzliche Kosten wie Übernachtungs- und Reisekosten oder zusätzliche Kosten, die für Personen mit Behinderungen anfallen, zu erstatten, auch wenn diese Kosten im Falle einer Gesundheitsversorgung in ihrem Hoheitsgebiet nicht erstattet werden.“

MITGLIEDSSTAATEN BEREITGESTELLTE GESUNDHEITSVERSORGUNG FINDEN?

„Die Mitgliedsstaaten stellen sicher, dass Gesundheitsdienstleister auf ihrem Hoheitsgebiet für die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedsstaaten die gleiche Gebührenordnung zugrunde legen, wie sie für inländische Patienten in einer vergleichbaren medizinischen Situation gilt, oder dass die in Rechnung gestellten Gebühren nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet werden, falls keine vergleichbaren Gebührensätze für inländische Patienten existieren.“

Punkt 48 informiert über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung:

„Eine angemessene Information über alle wesentlichen Aspekte der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist erforderlich, damit Patienten ihr Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Praxis wahrnehmen können. „Was die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung betrifft, so kann diese Information unter anderem durch die Einrichtung nationaler Kontaktstellen in den einzelnen Mitgliedsstaaten gewährleistet werden.“

14| FALLS ETWAS PASSIERT, WAS KANN ICH MACHEN? WER IST VERANTWORTLICH?

Beschwerden und Haftung werden in Artikel 4.2 (c) erklärt:

„Es bestehen transparente Beschwerdeverfahren und Mechanismen für Patienten, damit sie im Fall einer Schädigung aufgrund der erhaltenen Gesundheitsversorgung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Behandlungsmitgliedstaats Rechtsbehelfe einlegen können;“

15 | KÖNNEN WIR FÜR DIE ERSTATTUNG DER GESAMTEN KOSTEN (HAUPTKOSTEN) PLÄDIEREN?

Ja! Wie in Artikel 7.4 beschrieben:

„Liegen die gesamten Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung über den Kosten, die bei einer Erbringung der Gesundheitsversorgung im Hoheitsgebiet des Versicherungsstaats übernommen worden wären, so kann der Versicherungsmitgliedstaat dennoch beschließen, die gesamten Kosten zu erstatten.“

Jeder Mitgliedsstaat kann entscheiden (falls darum gebeten ...), die gesamten Kosten zu erstatten, in Fällen, wo die eigentlichen Kosten die Kosten, die im Versicherungsland erstattet worden wären, übersteigen. Mitgliedsstaaten die Patienten mit seltenen Krankheiten unterstützen möchten, können diese Option wählen, dies ist jedoch nicht obligatorisch.

16 | FÜR WELCHE GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNG WIRD EINE VORABGENEHMIGUNG BENÖTIGT?

Artikel 8.7:

„Der Versicherungsmitgliedstaat macht öffentlich zugänglich, welche Gesundheitsdienstleistungen einer Vorabgenehmigung im Sinne dieser Richtlinie unterliegen, und stellt der Öffentlichkeit alle relevanten Informationen über das System der Vorabgenehmigung zur Verfügung.“

Die Definition dieser Listen (welche entscheiden, für welche Krankheiten keine Vorabgenehmigung verlangt wird) wird spezifisch für jeden einzelnen Mitgliedsstaat sein und wird mit Sicherheit von der Fähigkeit der Patientenorganisationen, ihre Argumente auf nationaler Ebene vorzubringen, abhängen.

17 | KÖNNEN MITGLIEDSSTAATEN GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG EINSCHRÄNKEN?

Punkt 21 erklärt, dass der Zustrom von Patienten eine Nachfragesituation schaffen kann, die die in einem Mitgliedsstaat vorhandenen Kapazitäten für eine bestimmte Behandlung übersteigen. In solchen Ausnahmefällen sollte der Mitgliedsstaat die Möglichkeit behalten, diese Situation aus Gründen der öffentlichen Gesundheit zu beheben.

Tatsächlich sind die Regierungen der Mitgliedsstaaten für die Planung der Gesundheitsversorgungsdienstleistungen und der Zuweisung des nötigen Budgets verantwortlich. Falls ein Mitgliedstaat entscheidet, dass 300 CT-Scanner für die Bevölkerung des Mitgliedsstaats benötigt werden, und aufgrund des Zustroms vieler Patienten aus anderen Mitgliedsstaaten diese Nachfrage nicht mehr erfüllen bzw. nur mit zu langer Verzögerung erfüllen kann, kann der Mitgliedsstaat sich für die Anschaffung weiterer CT-Scanner entscheiden oder die Anzahl der Patienten aus anderen Mitgliedstaaten begrenzen.

18 | WICHTIGE EUGH-URTEILE DIE MAN IM AUGEN HABEN SOLLTE

Seit 1995 fielen alle Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) systematisch zugunsten der Patienten basierend auf dem Grundsatz der Freizügigkeit des EU-Vertrages aus.

- Decker 1995 und Kohll 1996
- Vanbraekel 1998
- Müller-Faurel 1999
- Geraets-Smits-Peerbooms 2001
- Leichtle 2002
- Inizan 2003
- Idryma Koinonikon Asfaliseon 2003
- Watts 2004
- Elchinov 2010

Diese Urteile finden Sie unter: <http://eur-lex.europa.eu/de/index.htm>

19 | DAS EUGH-URTEIL IM FALL GERAETS-SMITS & PEERBOOMS

Am 10. 12. 1996 fiel Herr Peerbooms nach einem Verkehrsunfall in ein Koma. Am 22. 02. 1997 wurde er in ein Krankenhaus in den Niederlanden gebracht und danach im Wachkoma an die Universitätsklinik in Innsbruck, Österreich überwiesen. In der Klinik in Innsbruck erhielt Herr Peerbooms eine spezielle Intensivtherapie unter Anwendung einer Neurostimulation.

Am 20. 06. 1997 erwachte Herr Peerbooms aus seinem Koma und verließ die Klinik in Innsbruck. Zurück in den Niederlanden wurde die Kostenerstattung für die in Österreich erhaltene Gesundheitsversorgung abgelehnt, da die Neurostimulation nicht Teil des „niederländischen Versorgungsangebotes“ ist (sie war nicht auf der Kostenerstattungsliste der Niederlanden).

Der Gerichtshof entschied:

- Die Genehmigung der Kosten einer Behandlung in einem anderen Mitgliedsstaat darf nicht abgelehnt werden, falls die Behandlung von der medizinischen Forschung anscheinend ausreichend erprobt und getestet wurde.
- Die Genehmigung kann nicht abgelehnt werden, falls die Behandlung im Wohnsitzland nur mit langen Verzögerungen durchgeführt werden kann.

In anderen Worten der Gerichtshof entschied, dass Herr Peerbooms eine Kostenerstattung erhalten sollte. Diese Gerichtsentscheidung kann nicht unbedingt außerhalb dieses Falles in den Niederlanden, wo das Gesundheitsversorgungsangebot definiert ist als „normale Gesundheitsversorgung innerhalb der beteiligten Fachkreise“, angewandt werden.

20 | DAS EUGH-URTEIL IM FALL ELCHINOV

Herr Elchinov, in Bulgarien, litt an einer seltenen Augenkrebsform. Am 9. 03. 2007 beantragte er das S2-Formblatt (zuvor E121) vom Haushalt der nationalen Krankenkasse (NZOK) zur Inanspruchnahme einer weitergehenden Behandlung in Berlin (Anbringung von radioaktiven Applikatoren, Protonentherapie), da diese Behandlung nicht in Bulgarien verfügbar war. Am 15. 03. 2007 wurde er vor Erhalt einer Rückantwort von NZOK als Notfallpatient in Berlin aufgenommen, da sich sein Gesundheitszustand verschlechterte.

Am 18. 04. 2007, nach der Behandlung in Berlin, erhielt er eine negative Antwort von der NZOK, da die Behandlung nicht Teil der von den bulgarischen Rechtsvorschriften bereitgestellten und von NZOK erstatteten Vorsorgeleistungen ist. In Bulgarien war nur die Enukleation verfügbar und somit erstattet.

Herr Elchinov wendete sich an einen Experten, der bestätigte, dass diese erweiterte Behandlung noch nicht in Bulgarien verfügbar war.

Jedoch legte NZOK am Obersten Verwaltungsgericht Einspruch ein und Herr Elchinov ging als letztes Mittel zum Europäischen Gerichtshof.

Das Urteil besagte:

„Genehmigung kann nicht abgelehnt werden:

Falls

- die Liste der Gesundheitsleistungen nicht ausdrücklich und eindeutig die angewandte Behandlungsmethode angibt,
- sondern die Art der erstatteten Behandlungen definiert
- und nachgewiesen ist, dass die betreffende Behandlungsmethode mit sich auf dieser Liste befindlichen Behandlungstypen übereinstimmt.

und falls

- keine alternative Behandlung, die ebenso effektiv ist, im Mitgliedsstaat, in dessen Hoheitsgebiet die versicherte Person residiert, ohne unangemessene Verzögerung bereitgestellt werden kann.“

Anders ausgedrückt:

Falls Bulgariens Liste sagt:	Falls Bulgariens Liste sagt:
Abgedeckte Behandlungsart: « Für Augenkrebs: radiologische oder chirurgische Behandlung »	Abgedeckte Behandlungsart: « Für Augenkrebs, nur Enukleation »
Dann kann die Kostenerstattung der Protonentherapie, wie von Berlin bereitgestellt, nicht abgelehnt werden.	Dann kann die Kostenerstattung der Protonentherapie, wie von Berlin bereitgestellt abgelehnt werden.
	Nur die Kosten, die den Kosten der Enukleation entsprechen, werden zurückerstattet.

Die Lehre ist: Um so genauer die Liste der erstatteten Behandlungen ist, um so schwieriger wird es, eine Kostenerstattung für eine andere Therapieform, die in einem anderen Land als das Versicherungsland in Anspruch genommen wurde, zu erhalten.

21 | GLOSSAR

- **„grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung** die Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedsstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird;“
- **„Gesundheitsdienstleister** jede natürliche oder juristische Person ohne sonstige Einrichtung, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedsstaats rechtmäßig Gesundheitsdienstleistungen erbringt;“ Dies kann ein Beschäftigter des Gesundheitswesens oder ein Krankenhaus oder eine Klinik ... sein.

- **Versicherte Person:** Staatsangehörige eines Drittlandes, Staatenlose und Flüchtlinge, die in einem Mitgliedsstaat residieren und unter die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedsstaaten fallen. Dies umfasst die Angehörigen ihrer Familien und deren Hinterbliebenen. „Staatsangehörige eines Drittlandes, die unter die Verordnung (EG) Nr. 859/2003 oder die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 fallen“ sind auch versichert.
- **Versicherungsmitgliedstaat** (Versicherungsland): Definiert das Land, in welchem die versicherte Person eine Vorabgenehmigung beantragen muss, um eine geeignete Behandlung außerhalb des Wohnsitzmitgliedstaats zu erhalten.
- **Wohnsitzmitgliedstaat** (Wohnsitzland) wo die versicherte Person lebt.
- **„Behandlungsmitgliedsstaat:** den Mitgliedsstaat, in dessen Hoheitsgebiet Gesundheitsdienstleistungen für den Patienten tatsächlich erbracht werden. Im Fall der Telemedizin gilt die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedsstaat erbracht, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist;“

Dieses Dokument wurde zusammengestellt von:

François Houyez, Verantwortlicher für Gesundheitspolitik bei, EURORDIS:

Kontakt: francois.houyez@eurordis.org oder Tel.: + 33 1 56 53 52 18. Web: www.eurordis.org

Mit Beiträgen von Flaminia Macchia, Leiterin für europäische öffentliche Angelegenheiten bei, EURORDIS.