Europäische Kommission

VORLAGE FÜR NATIONALE KONTAKTSTELLEN

für die gute Bereitstellung von Informationen für Gesundheitsdienstleister im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung[1]

Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Vorlage für nationale Kontaktstellen

für die gute Bereitstellung von Informationen für Gesundheitsdienstleister im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung[1]

Gesundheitsdienstleister

In der Richtlinie 2011/24/EU* wird darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, angemessene und verständliche Informationen über alle Aspekte der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* bereitzustellen, damit Patienten ihre Rechte in der Praxis wahrnehmen können. Die nationalen Kontaktstellen* für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (NKS) spielen bei der Bereitstellung solcher Informationen für mobile Patienten eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus sind die nationalen Kontaktstellen* dazu verpflichtet, Patienten auch indirekt zu informieren, indem sie anderen Akteuren der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*, beispielsweise Gesundheitsdienstleistern, staatlichen Gesundheitsdiensten* oder Krankenversicherungsträgern* sowie Patientenorganisationen, Informationen zur Verfügung stellen.

Die folgende Vorlage kann von nationalen Kontaktstellen als Ausgangspunkt dafür genutzt werden, Gesundheitsdienstleistern entweder auf ihrer Website oder im persönlichen Beratungsgespräch wichtige Informationen für die Behandlung ausländischer Patienten sowohl im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009* als auch im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU* zu vermitteln.

Sie können die folgenden Ausführungen gerne unverändert in vollem Wortlaut oder auszugsweise für die Website Ihrer nationalen Kontaktstelle übernehmen oder für Ihre Kommunikation mit Gesundheitsdienstleistern verwenden.

Haftungsausschluss

Dieses Dokument wurde im Rahmen des Gesundheitsprogramms (2014-2020) auf der Grundlage eines Einzelvertrags mit der im Auftrag der Europäischen Kommission tätigen Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (CHAFEA) erarbeitet. Der Inhalt dieses Dokuments gibt die Ansichten des Auftragnehmers wieder, welcher hierfür die alleinige Verantwortung trägt; es kann keinesfalls als Wiedergabe der Ansichten der Europäischen Kommission und/oder der CHAFEA oder einer anderen Einrichtung der Europäischen Union ausgelegt werden. Die Europäische Kommission und/oder die CHAFEA übernehmen weder eine Gewähr für die Richtigkeit der in diesem Dokument enthaltenen Angaben noch übernehmen sie die Verantwortung für deren Verwendung durch Dritte.

[1] Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Begriffe in diesem Dokument sind im begleitenden alphabetischen Glossar erläutert und definiert.

Inhaltsverzeichnis

① Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

1.1. Rechtsrahmen: Die Verordnungen über die soziale Sicherheit* und die Richtlinie 2011/24/EU*
1.2. Ungeplante und geplante Behandlung im Ausland
1.3. Erforderlicher Nachweis für eine Behandlung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems

② Pflichten der Gesundheitsdienstleister

2.1. Pflichten vor Beginn einer Behandlung
2.2. Pflichten während einer Behandlung
2.3. Pflichten nach Abschluss einer Behandlung

③ Verschreibungen

① Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

1.1. Rechtsrahmen: Die Verordnungen über die soziale Sicherheit* und die Richtlinie 2011/24/EU*

Im Rahmen des europaweit geltenden *Rechts auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung** genießen ausländische Patienten aus einem anderen EU*-/EWR*-Land und der Schweiz* das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland und haben Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten durch ihr Heimatland*.

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* kann definiert werden als das Recht auf *Zugang zu ärztlicher Diagnose, medizinischer Behandlung sowie zu Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten außerhalb des Wohnlandes, jedoch in einem anderen EU*-/EWR*-Land oder in der Schweiz**, wobei die beiden Länder keine gemeinsame geografische Grenze haben müssen.

Die spezifischen Rechte und Ansprüche eines Patienten hängen dabei wesentlich von den Gründen seines Auslandsaufenthalts sowie von dem EU-Rechtsinstrumentab, nach dem der Patient Zugang zu einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erhalten möchte: entweder nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* oder nach der Richtlinie 2011/24/EU*.

1.1.1. Ansprüche nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit*:

Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* haben Patienten aus anderen EU*-/EWR*-Ländern und der Schweiz* Anspruch auf Kostenübernahme für ihre Behandlung, *als ob sie im System der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* versichert wären.* Folglich gilt ein Patient als <u>inländischer Patient, der im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versichert ist</u> und Anspruch auf öffentliche Gesundheitsdienstleistungen hat.

Beachten Sie bitte, dass Patienten – damit sie als im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems Versicherte behandelt werden können – einen von ihrem zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst/Krankenversicherungsträger* in ihrem Heimatland ausgestellten Nachweis über ihre Anspruchsberechtigung vorlegen müssen (siehe Abschnitt 1.3).*

Für die Kostenübernahme gelten die Zahlungsweise und die Sätze, die im Behandlungsland* zur Anwendung kommen. Ausländische Patienten werden wie Patienten behandelt, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versichert sind. Wenn die Behandlung für inländische Patienten* kostenlos ist, kommen daher auch ausländische Patienten in den Genuss einer Kostenübernahme*. In diesem Fall kann den Patienten gegebenenfalls lediglich eine mögliche Zuzahlung* direkt in Rechnung gestellt werden. Der lokale Sozialversicherungsträger zahlt die geltenden Standardsätze für die abgedeckten Gesundheitsdienstleistungen, die im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit/des staatlichen Gesundheitsdienstes* erbracht werden. Wenn jedoch inländische Patienten die gesamten Behandlungskosten zunächst selbst tragen müssen, müssen Sie eine solche Vorauszahlung* auch von ausländischen Patienten verlangen. Die Patienten können nachträglich eine Kostenerstattung beantragen, und zwar entweder beim lokalen Sozialversicherungsträger oder nach ihrer Rückkehr bei ihrem zuständigen staatlichen

Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* im Heimatland. Patienten, die ausführlichere Informationen über Kostenerstattung und Kosten benötigen, sollten Sie empfehlen, sich an ihren zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in ihrem Heimatland* zu wenden.

Grundsätzlich dürfen Sie ausländische Patienten nur dann im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009* behandeln, wenn Sievertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen sind und berechtigt sind, Leistungen bei Krankheit zu erbringen, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems/des staatlichen Gesundheitsdienstes abgedeckt sind. Informieren Sie daher Ihre Patienten immer über Ihren Registrierungsstatus!

1.1.2. Ansprüche nach der Richtlinie 2011/24/EU*:

Nach der Richtlinie 2011/24/EU* haben Patienten Anspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung in jedem anderen EU*-/EWR*-Land und auf Übernahme der Kosten in ihrem Heimatland, *als ob die Behandlung im Hoheitsgebiet ihres Heimatlandes* erfolgen würde*.

Patienten, die sich im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU* im Ausland behandeln lassen, müssen wie privat krankenversicherte inländische Patienten behandelt werden.

Sämtliche medizinischen und sonstigen Kosten werden direkt an die Patienten abgerechnet. Dabei müssen den Patienten die gleichen Gebühren in Rechnung gestellt werden, die für inländische Patienten gelten. Nach ihrer Rückkehr können die Patienten bei ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* im Heimatland nachträglich eine Kostenerstattung beantragen. Patienten, die ausführlichere Informationen über Kostenerstattung und Kosten benötigen, sollten Sie empfehlen, sich an ihren zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in ihrem Heimatland* zu wenden.

Patienten, die sich im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU* im Ausland behandeln lassen, müssen bedenken, dass die Kostenübernahme nach dieser Richtlinie nur dann möglich ist, wenn die Behandlung vom System der sozialen Sicherheit in ihrem Heimatland* abgedeckt ist. Patienten, die eine Behandlung im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU* in Anspruch nehmen wollen, sollten daher vorher nähere Informationen bei dem für sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* in ihrem Heimatland einholen.

1.2. Ungeplante und geplante Behandlung im Ausland

Bei der medizinischen Behandlung im Ausland wird zwischen ungeplanter* und geplanter* Behandlung unterschieden. Je nachdem, ob ein Patient ausdrücklich zum Zweck einer Behandlung ins Ausland reist oder nicht, kommen unterschiedliche Regelungen zur Anwendung.

Ausschlaggebend für die Unterscheidung zwischen ungeplanter* und geplanter Behandlung* ist der jeweilige Grund für den Auslandsaufenthalt.

- Ungeplante Behandlung*: Der Patient benötigt eine medizinisch notwendige Behandlung*, weil er während eines Auslandsaufenthalts, z.B. während des Urlaubs, einer Geschäftsreise, eines Besuchs bei Familienangehörigen oder eines Auslandssemesters, plötzlich erkrankt ist oder eine Verletzung erlitten hat (siehe

Abschnitt 2.1).

- Geplante Behandlung*: Die Behandlung im Ausland ist der Grund für den Auslandsaufenthalt des Patienten.

1.2.1. Ungeplante Behandlung*:

Wenn ein Patient während eines Auslandsaufenthalts plötzlich erkrankt oder sich verletzt (z. B. an einer Blinddarmentzündung, infolge eines Autounfall oder eines Sturzes), ist die medizinisch notwendige Behandlung* und die Übernahme der Kosten im Ausland im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems*/des staatlichen Gesundheitsdienstes* seines Heimatlandes* abgedeckt.

Konkret hat der Patient Anspruch auf die medizinisch notwendige Behandlung*, d. h. die Behandlung infolge einer plötzlichen Erkrankung oder Verletzung, die nicht aufgeschoben werden kann und die erfolgen muss, damit der betroffene Patient nicht vorzeitig in sein Heimatland zurückkehren muss. Die Behandlung darf keinesfalls der eigentliche Anlass für den Auslandsaufenthalt des Patienten sein. Als Gesundheitsdienstleister entscheiden Sie nach Ihrem medizinischen Ermessen, ob die Behandlung medizinisch notwendig* ist.

Auch eine Behandlung während eines kurzzeitigen Auslandsaufenthalts, die infolge einer chronischen Krankheit (wie Diabetes, Asthma, Krebs oder chronische Nierenerkrankung) oder einer Schwangerschaft notwendig wird, kann als medizinisch notwendige Behandlung* gelten. Solange der eigentliche Anlass des Aufenthalts des Patienten/der Patientin nicht darin besteht, Zugang zu medizinischer Behandlung* zu erhalten (um beispielsweise zu entbinden oder sich im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder chronischen Krankheit behandeln zu lassen), kann dies im Sinne der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* als medizinisch notwendige Behandlung* gelten. Eine Schwangere, die sich vorübergehend im Land aufhält, um näher bei ihrer Familie zu sein, kann im Rahmen der Regelung für ungeplante Behandlungen* im Ausland entbinden, sofern der eigentliche Zweck des Aufenthalts nicht in der Entbindung bestand, sondern darin, näher bei den Familienangehörigen zu sein.

Falls eine lebenswichtige Behandlung notwendig ist, für die spezielle Ausrüstung oder Fachpersonal benötigt wird, muss gegebenenfalls vorab eine Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden, damit die Verfügbarkeit und Kontinuität der Behandlung während des Auslandsaufenthalts des Patienten sichergestellt werden kann. Beispiele für derartige Behandlungen sind Nierendialyse, Sauerstofftherapie, eine spezielle Asthmatherapie oder Chemotherapie.

Die gängigste Möglichkeit für ausländische Patienten, im Fall einer medizinisch notwendigen Behandlung* in den Genuss einer Kostenübernahme zu kommen, ist die Vorlage einer gültigen Europäischen Krankenversicherungskarte* (EKVK*). Die EKVK* dient als Nachweis für den Anspruch auf Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems und wird vom zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* im Heimatland des Patienten ausgestellt.

Gegen Vorlage einer gültigen EKVK* haben Patienten in gleicher Weise Anspruch auf Leistungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009 wie im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versicherte Patienten.

Werden Patienten ohne gültige EKVK* behandelt oder kann die EKVK* nicht genutzt

werden, beispielsweise bei privaten Behandlungen oder weil Sie als Gesundheitsdienstleister nicht im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit registriert sind, dann müssen die betreffenden Patienten als Privatpatienten behandelt werden. Sie können damit alle Kosten den Patienten direkt in Rechnung stellen. Dabei müssen den Patienten die gleichen Gebühren in Rechnung gestellt werden, die für inländische Patienten gelten. Nach der Richtlinie 2011/24/EU* können Patienten gegebenenfalls in ihrem Heimatland* eine Kostenerstattung* beantragen.

1.2.2. Geplante Behandlung*:

Nach den EU-Rechtsvorschriften sind Patienten, die im Rahmen der Vorschriften der sozialen Sicherheit eines EU*-/EWR*-Landes versichert sind, berechtigt, sich auch in jedem anderen EU*-/EWR*-Land behandeln zu lassen, und haben Anspruch auf Kostenübernahme durch ihr Heimatland*.

Für eine Behandlung im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009* müssen Patienten Ihnen ein Dokument vorlegen, mit dem sie ihre Anspruchsberechtigung nachweisen. Konkret bedeutet dies, dass die Patienten ein gültiges Formular S2* vorlegen müssen. Das Formular S2* wird auch als Vorabgenehmigung* bezeichnet; hierbei handelt es sich um die vorherige Genehmigung, die Patienten bei dem für sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* im Heimatland einholen müssen, damit sie im Ausland als im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versicherte Patienten behandelt werden können.

Patienten, die kein gültiges Formular S2* vorlegen können, werden als Privatpatienten behandelt. Dies bedeutet, dass die Patienten die Behandlungskosten selbst tragen müssen. Unter bestimmten Voraussetzungen können Patienten gegebenenfalls in ihrem Heimatland* eine Kostenerstattung beantragen. Der lokale Sozialversicherungsträger ist hieran jedoch in keiner Weise beteiligt.

1.3. Erforderlicher Nachweis für eine Behandlung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems

Die Europäische Krankenversicherungskarte* und das Formular S2*

Um als im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versicherte Patienten (und damit im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009*) behandelt werden zu können, müssen die betreffenden Patienten ein Dokument vorlegen, mit dem sie ihre Anspruchsberechtigung nachweisen. Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung*, also einer ungeplanten Behandlung, genügt die Vorlage einer gültigen Europäischen Krankenversicherungskarte*. Für eine geplante Behandlung muss jedoch ein gültiges Formular S2* (früher Formular E112) vorgelegt werden.

Als Gesundheitsdienstleister ist es Ihre Aufgabe, genau zu prüfen, ob die EKVK* gültig ist:

- Prüfen Sie zunächst die Echtheit der Karte. In Zweifelsfällen finden Sie Informationen dazu, woran eine gültige EKVK* zu erkennen ist, unter www.ec.europa.eu/social.
- Prüfen Sie, ob die Karte auf den Namen des Patienten ausgestellt ist und weitere Angaben zur Person enthält. Die EKVK gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt wurde; jedes Familienmitglied muss eine eigene Karte besitzen.

- Prüfen Sie, ob die Karte noch gültig ist (Gültigkeitszeitraum).

Gelegentlich legen Patienten statt der EKVK* eine provisorische Ersatzbescheinigung vor. In diesem Fall sollten Sie die Gültigkeit der provisorischen Ersatzbescheinigung genau prüfen. Die Ersatzbescheinigung muss die gleichen Angaben enthalten wie eine EKVK*.

Bei einer geplanten Behandlung* muss ein gültiges Formular S2* (früher Formular E112) vorgelegt werden, damit der Patient als im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versichert behandelt werden kann. Bei dem Formular S2 handelt es sich um ein europaweit einheitliches Formular in Form eines A4-Ausdrucks, das von dem für den Patienten zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* ausgestellt wird. Prüfen Sie, ob die vom Patienten gewünschte Behandlung von der im Formular S2* enthaltenen Vorabgenehmigung* des zuständigen staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträger* abgedeckt wird. Es kann beispielsweise sein, dass das Formular S2* nur für eine bestimmte Behandlungsart oder die Behandlung einer bestimmten Krankheit ausgestellt wurde.

Patienten, die keinen europäischen Anspruchsberechtigungsnachweis vorlegen können – also weder eine gültige EKVK* noch das Formular S2* –, werden als Privatpatienten behandelt. Bitte denken Sie daran: Wenn Sie Patienten, die keinen gültigen europäischen Anspruchsberechtigungsnachweis vorlegen können, als im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems Versicherte behandeln, können Sie die Behandlung nicht mit dem Sozialversicherungsträger abrechnen, um Ihre Gebühren oder sonstige Kosten erstattet zu bekommen. Informieren Sie Ihre Patienten immer im Voraus, wenn die Behandlung privat bezahlt werden muss.

Formular S1* oder Formular S3*

! Achtung: Es kann vorkommen, dass Patienten ein anderes europäisches Formular vorlegen, beispielweise das Formular S1* (früher E106, E109, E121). In diesem Fall leben die Patienten zwar im Land, sind jedoch im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit eines anderen EU*-/EWR*-Landes oder der Schweiz* versichert. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Rentner erst seit Kurzem im Land wohnhaft ist, nachdem er zuvor sein ganzes Arbeitsleben in einem anderen EU*-/EWR*-Land oder in der Schweiz* verbracht hat, weil er nun seinen Lebensabend im Ausland verbringen oder näher bei seinen Familienangehörigen* leben möchte.

Das Formular S1*, das vom Sozialversicherungsträger des Landes ausgestellt wird, in dessen System der sozialen Sicherheit der Patient versichert ist, dient als Nachweis für den Anspruch auf Gesundheitsleistungen im Wohnland des Patienten für Rechnung des Landes, in dem er sozialversichert ist. Dieses Dokument wird unter Umständen bei entsandten Arbeitnehmern, Grenzgängern* oder Rentnern mit Wohnsitz im Ausland benötigt.

Wenn Ihnen ein Patient das Formular S1* vorlegt, teilen Sie ihm bitte mit, dass er das Formular beim staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* in seinem neuen Wohnland einreichen muss. Der Sozialversicherungsträger registriert dann den Patienten und stellt für ihn das gleiche Dokument zum Nachweis seines Anspruchs auf öffentliche Gesundheitsversorgung aus wie für inländische Patienten. Wenn der betreffende Patient eine medizinisch notwendige Behandlung* benötigt, noch bevor er das Formular S1* vorlegen und die erforderlichen Regelungen mit dem lokalen Sozialversicherungsträger* treffen kann, können Sie die Behandlung auf Privatrechnung vornehmen. Nach erfolgter Registrierung kann der Patient beim lokalen staatlichen Gesundheitsdienst* oder bei seinem Krankenversicherungsträger*

gegebenenfalls die Erstattung* der Kosten beantragen.

Gelegentlich wird von Patienten das Formular S3* vorgelegt. Bei diesem Formular handelt es sich um ein Formular für Grenzgänger* in Rente, das als Nachweis für den Anspruch auf Gesundheitsdienstleistungen im Land der früheren Erwerbstätigkeit des Grenzgängers dient, sofern er nicht mehr in diesem Land sozialversichert ist. Für das Formular S3* gelten die gleichen Bestimmungen wie für das Formular S1*. Teilen Sie dem Patienten bitte mit, dass er das Formular S3* beim lokalen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* einreichen muss. Der Sozialversicherungsträger registriert dann den Patienten.

② Pflichten der Gesundheitsdienstleister

2.1. Pflichten vor Beginn einer Behandlung

- **Verbot der Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit**
  Auf keinem Fall darf Patienten eine Behandlung allein wegen ihrer Staatsangehörigkeit verweigert werden. Patienten aus dem Ausland haben Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung.
  Gesundheitsdienstleister oder Krankenhäuser können die Aufnahme ausländischer Patienten nur begrenzen, wenn dies aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses gerechtfertigt ist, z. B. aufgrund von Planungserfordernissen, mit denen sichergestellt werden soll, dass inländische Patienten im Hoheitsgebiet des betreffenden Landes dauerhaft und in ausreichendem Umfang Zugang zu qualitativ hochwertiger Behandlung haben. Entsprechende Maßnahmen können sich beispielsweise als notwendig erweisen, wenn die Zahl ausländischer Patienten anscheinend so groß ist, dass die Krankenhäuser vor Ort das Patientenaufkommen nicht bewältigen und die Nachfrage nicht mehr befriedigen können, sodass die Wartelisten für inländische Patienten unvertretbar lang werden. Beschränkungen in Bezug auf die Aufnahme ausländischer Patienten müssen vorab öffentlich gemacht werden.

- **Informationsanforderungen**
  Vor Beginn einer Behandlung und vor einem medizinischen Eingriff müssen Patienten die folgenden Informationen erhalten:
  - Informationen über die vorgeschlagene Behandlung, einschließlich Informationen über die Behandlungsmethode, das erwartete Ergebnis, mögliche Nachteile, Risiken der Behandlung und die Nachversorgung*
  - Informationen über unterschiedliche Behandlungsalternativen
  - Informationen über die für Sie geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards
  - Informationen über die Behandlungsgebühren und die zu erwartenden Kosten
  - Informationen über Ihre Zulassung und Ihren Registrierungsstatus, d. h. einen Nachweis über Ihre Zulassung zur Ausübung eines Heilberufs
  - Informationen darüber, ob Sie beim System der sozialen Sicherheit registriert und dazu berechtigt sind, im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes*/der gesetzlichen Krankenversicherung* abgedeckte Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen
  - Informationen über Ihren Versicherungsschutz im Rahmen der Berufshaftpflicht

- **Einwilligung nach vorheriger Aufklärung**
  Für alle ausländischen Patienten gilt das Recht auf Einwilligung nach vorheriger Aufklärung. Stellen Sie vor Beginn einer Behandlung und vor einem medizinischen Eingriff sicher, dass der Patient die Informationen, die er von Ihnen erhalten hat,

vollständig verstanden hat und dass er den verschiedenen Behandlungsschritten oder -verfahren, die Sie vorgeschlagen haben, zustimmt.

- **Patientenakte**
  Vergewissern Sie sich, dass Ihnen die Patientenakte vorliegt, die beim behandelnden Gesundheitsdienstleister im Heimatland des Patienten dokumentiert ist. Behandeln Sie nur Patienten, über deren Gesundheitszustand und medizinische Vorgeschichte Ihnen ausreichende Informationen vorliegen.

2.2. Pflichten während einer Behandlung

- **Dokumentation der Patientenakte**
  Ausländische Patienten haben Anspruch auf Erstellung einer schriftlichen oder elektronischen Patientenakte über die von Ihnen durchgeführte Behandlung bzw. den von Ihnen vorgenommenen medizinischen Eingriff. Sie sind dazu verpflichtet, Daten, Befunde und Informationen jeglicher Art über die medizinische Situation des Patienten und die klinische Entwicklung im Verlauf des Behandlungsprozesses zu dokumentieren, beispielsweise Angaben über die Diagnose, Untersuchungsergebnisse, Behandlungsergebnisse, eine Aufstellung der verabreichten Medikamente, postoperative Ergebnisse usw.

2.3. Pflichten nach Abschluss einer Behandlung

- **Gleiche Gebühren**
  Sie sind dazu verpflichtet, für die Behandlung von ausländischen Patienten die gleiche Gebührenordnung zugrunde zu legen, wie sie für inländische Patienten in einer vergleichbaren medizinischen Situation gilt. Wenn es keine vergleichbaren Gebühren für inländische Patienten gibt, die herangezogen werden können, ist für die Behandlung ein nach objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien kalkulierter Preis in Rechnung zu stellen.

- **Nachversorgung**
  Da Patienten Anspruch auf Nachversorgung in ihrem Heimatland* haben, sollten Sie dafür sorgen, dass die weitere medizinische Versorgung sichergestellt ist, indem Sie beispielsweise Verschreibungen ausstellen, die im Heimatland des Patienten eingelöst werden können (siehe Abschnitt 3), oder indem Sie dem Patienten das Original oder zumindest eine Kopie der bei Ihnen dokumentierten Patientenakte zugänglich machen, die er dem behandelnden Gesundheitsdienstleister in seinem Heimatland vorlegen kann.

- **Weitergabe der Patientenakte**
  Ausländische Patienten sollten entweder die Möglichkeit erhalten, per Fernzugriff auf ihre Patientenakte zuzugreifen, oder sie sollten zumindest eine Kopie der bei Ihnen dokumentierten Patientenakte erhalten. Wenn nach den für Sie geltenden nationalen Rechtsvorschriften eine solche Kopie nicht zur Verfügung gestellt werden kann, dann müssen Sie zumindest die Weitergabe der Patientenakte an den behandelnden Gesundheitsdienstleister im Heimatland des Patienten veranlassen.

- **Personenbezogene Daten**
  Bei der Dokumentation, Weitergabe und Archivierung personenbezogener Daten, die den Gesundheitszustand von Patienten betreffen, muss das Recht der

Patienten auf Schutz ihrer personenbezogenen Daten jederzeit gewahrt werden. Der Schutz der Daten muss mit den Anforderungen der Richtlinie 95/46/EG im Einklang stehen. Ferner ist zum 25. März 2018 die Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutz-Grundverordnung*) in Kraft getreten. Die Verordnung beinhaltet neue Garantien, die gewährleisten, dass personenbezogene Daten* von Patienten nicht missbräuchlich verwendet oder zweckentfremdet werden. Machen Sie sich auf jeden Fall mit den geltenden rechtlichen Bestimmungen für den Schutz personenbezogener Daten vertraut.

③ Verschreibungen

Eine Verschreibung für Arzneimittel oder Medizinprodukte kann in allen EU*-/EWR*-Ländern eingelöst werden.

Wenn Sie für ausländische Patienten Verschreibungen* für Arzneimittel oder Medizinprodukte ausstellen, sollten Sie fragen, ob der Patient die Absicht hat, die Verschreibung bei einer Apotheke in seinem Heimatland* einzulösen.

Wenn der Patient die Arzneimittel oder Medizinprodukte im Ausland erwerben will, müssen Sie darauf achten, die für grenzüberschreitende Verschreibungen* geltenden Mindest-Informationspflichten nach der Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU* einzuhalten:

- Identität des Patienten: Nachname(n), Vorname(n), Geburtsdatum
- Authentizität der Verschreibung: Ausstellungsdatum
- Identität des verschreibenden Gesundheitsdienstleisters: Nachname(n), Vorname(n), berufliche Qualifikation, Angaben zur unmittelbaren Kontaktaufnahme (E-Mail und Telefon- oder Faxnummer), Dienstanschrift (einschließlich Name des betreffenden Mitgliedstaats), Unterschrift (handschriftlich oder digital)
- Identität des verschriebenen Produkts: gebräuchliche Bezeichnung (Wirkstoff) des Produkts oder in Ausnahmefällen der Markenname, Darreichungsform (Tablette, Lösung usw.), Menge, Stärke, Dosierungsschema

Da es jedoch vorkommen kann, dass das verordnete Arzneimittel im Heimatland* des Patienten nicht erhältlich oder nicht zugelassen ist, sollten Sie dem Patienten empfehlen, die Verschreibung bei einer lokalen Apotheke einzulösen, solange er sich noch im Behandlungsland* aufhält.