

## Implementation der EU-Patientenrichtlinie in deutsches Recht

1	Zu den Erwägungsgründen der Richtlinie .....	2
2	Zur Herkunft und Gestaltung der Patientenrechtsrichtlinie .....	2
3	Sachlicher Anwendungsbereich der Richtlinie.....	3
4	Innerstaatliche Umsetzung .....	5
4.1	Rechtliche Vorkehrungen .....	5
4.2	Institutionelle und sonstige Vorkehrungen.....	12
5	Handlungsformen.....	14
6	Umsetzungsfristen.....	14
7	Bewertung und Ausblick.....	14
7.1	Zwei Ursprünge – mehrfache Wirkungen .....	14
7.2	Die weitere Entwicklung: Wo liegen die Kerne der Betätigung der EU auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung? .....	16
	Literaturverzeichnis.....	17

## 1 Zu den Erwägungsgründen der Richtlinie

Die 64 Erwägungsgründe zur Patientenrechtsrichtlinie<sup>1</sup> spiegeln die politischen Debatten und die Diskussion um Kompromisse besser als der Richtlinienentwurf selbst. So ist die Sorge der Einmischung der Union in die nationalen gesundheitspolitischen Gestaltungskompetenzen deutlich spürbar<sup>2</sup>, aber auch die Sorge, dass ein Gesundheitstourismus stattfindet<sup>3</sup>. Letzterem steht aber die Erwägung<sup>4</sup> entgegen, Patienten auch jenseits der Koordinierungsregelungen der VO (EG) Nr. 883/2004 die Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat zu eröffnen.<sup>5</sup> Schon vorweg sei gesagt, dass die Richtlinie sehr viel mehr will als ihr Titel zum Ausdruck bringt.

## 2 Zur Herkunft und Gestaltung der Patientenrechtsrichtlinie

Die Patientenrechtsrichtlinie ist eine Abspaltung der Dienstleistungsrichtlinie. Als 2004 die erste Debatten über eine Dienstleistungsrichtlinie geführt worden sind, ist von den Akteuren des Gesundheits- und Wohlfahrtswesen in Deutschland nicht gesehen worden, was da möglicherweise im Gesundheitsbereich, der noch nicht einmal klar definiert war, zu erwarten gewesen wäre. Jetzt liegt wenigstens ein Ergebnis vor, das den Erfordernissen im Gesundheitsbereich besser Rechnung trägt als eine allgemeine Dienstleistungsrichtlinie.<sup>6</sup>

Die Patientenrechtsrichtlinie beschränkt sich nicht auf den freien Dienstleistungsverkehr. Hätte sie das getan, wäre sie im Kern überflüssig gewesen, denn dieser Kern ist in der Sozial-

---

<sup>1</sup> Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88/46 vom 4.4.2011). Im Folgenden werden die Artikel der Richtlinie ohne Angabe der Richtlinie zitiert.

<sup>2</sup> Etwa in Erwägungsgrund Nr. 4.

<sup>3</sup> Erwägungsgrund Nr. 18.

<sup>4</sup> Erwägungsgrund Nr. 29.

<sup>5</sup> Zur Patientenrichtlinie in der verabschiedeten Fassung s. etwa *Mayer, Udo R.*: Patientenrechte bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in der EU, in: *Soziale Sicherheit* 8/2011, S. 254; *Tiedemann, Michael*: Die Regelungen der Patientenrechte-Richtlinie zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der EU, in: *ZFSH SGB* 8/2011, S. 462; *Kingreen, Thorsten*: Der Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Patientenrichtlinie, in: *ZESAR* 03/2009, S. 109.

<sup>6</sup> Zur Frage der unionsrechtlichen Erfassung anderer sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen *Rixen, Stephan*: Die Dienstleistungsrichtlinie – ein trojanisches Pferd zur „Deregulierung“ sozialer Dienstleistungen?, in: *ZESAR* 01/2010, S. 5.

rechtskoordinierungsverordnung Nr. 883/2004, vorher in der VO (EWG) Nr. 1408/71 geregelt, deren Vorgängerin übrigens die dritte Verordnung der EWG überhaupt war.<sup>7</sup>

Mit der Richtlinie wird mehr gewollt als nur einen freien Gesundheitsdienstleistungsverkehr herzustellen. Dieser die Dienstleistungsfreiheit überschießende Teil der Richtlinie macht die Richtlinie zum Problem, auch zum Problem der Umsetzung in den Mitgliedstaaten. Kompetenzrechtlich stützt man sich dabei nicht auf Art. 168 AEUV, der maßgeblichen Vorschrift zum Gesundheitswesen, sondern auf die Binnenmarktvorschrift, die da lautet (Art. 114 Abs. 1 Satz 2 AEUV):

„Das Europäische Parlament und der Rat erlassen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses die Maßnahmen zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten, welche die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarkts zum Gegenstand haben.“

Dazu kommt (Art. 114 Abs. 3 AEUV):

„Die Kommission geht in ihren Vorschlägen nach Absatz 1 in den Bereichen Gesundheit, Sicherheit, Umweltschutz und Verbraucherschutz von einem hohen Schutzniveau aus und berücksichtigt dabei insbesondere alle auf wissenschaftliche Ergebnisse gestützten neuen Entwicklungen. Im Rahmen ihrer jeweiligen Befugnisse streben das Europäische Parlament und der Rat dieses Ziel ebenfalls an.“

### **3 Sachlicher Anwendungsbereich der Richtlinie**

Die Richtlinie betrifft die Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung (Art. 1 Abs. 1 Satz 1). Auf die Beschränkung auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird in Art. 1 Abs. 4 noch einmal speziell hingewiesen.

Der Anwendungsbereich der Richtlinie ist zum einen hinsichtlich der Gegenstandsbereiche der Gesundheitsversorgung eingegrenzt; zum anderen hinsichtlich der Leistungen. Hinsichtlich des Gegenstandsbereiches werden ausgeschlossen

- die Langzeitpflege, also die Leistungen, die in Deutschland von der Sozialen Pflegeversicherung als gesetzliche Pflichtversicherung abgedeckt werden (Art. 1 Abs. 3 Buchst. a)),
- die Organzuteilung (Art. 1 Abs. 3 Buchst. b)),

---

<sup>7</sup> Verordnung (EWG) Nr. 3 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer (ABl. Nr. 561/58 v. 16.12.1958); hierzu *Fuchs M.* in: Fuchs, Maximilian (Hrsg.): Europäisches Sozialrecht, 5. Aufl., Baden-Baden 2010, Einführung, Rn. 12 ff.

- die öffentlichen Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten (Art. 1 Abs. 3 Buchst. c)).

Der Ausschluss hinsichtlich der Leistungen betrifft die Erstattung solcher Leistungen, die nicht Leistungen der Sozialversicherungssysteme oder des öffentlichen Gesundheitssystems sind. Dies wird etwa Wahlleistungen im Krankenhaus oder zusätzliche Leistungen von Vertragsärzten betreffen.

Damit bleibt nur noch die Frage zu klären, was unter Gesundheitsversorgung zu verstehen ist. Der Begriff der Gesundheitsversorgung wird im AEUV nicht verwendet. Dort wird von Gesundheitswesen, Gesundheitsschutz, allgemein von Gesundheit gesprochen (vgl. Art. 168 AEUV). Nur der Begriff der medizinischen Versorgung wird verwendet (Art. 168 Abs. 7 AEUV).<sup>8</sup> Gesundheitliche Versorgung wird also weiter zu verstehen sein als medizinische Versorgung. Der Begriff der Versorgung deutet auf eine Marktsituation hin: Verbraucher werden mit Gesundheitsgütern versorgt. Deswegen ist die Kompetenz für den Erlass dieser Richtlinie auch auf Art. 114 Abs. 3 AEUV gestützt worden, der die Verwirklichung des Binnenmarktes im Sinne eines freien Waren und Dienstleistungsverkehrs (vgl. Art. 26 AEUV) zum Gegenstand hat.<sup>9</sup>

Wiewohl der Begriff der gesundheitlichen Versorgung zumindest nach deutschem Verständnis ein sehr weiter Begriff ist, und darunter neben den Feldern der Kuration, also dem Kernbereich der medizinischen Versorgung, auch die Felder der medizinischen Rehabilitation, der Langzeitpflege, der Gesundheitsförderung und der Prävention und seit einiger Zeit auch der Palliation zu verstehen sind, bleiben wegen der erwähnten Begrenzungen grundsätzlich wenig Probleme der Verständigung über den Inhalt des Begriffs der gesundheitlichen Versorgung, so wie ihn die Richtlinie meint. Zusätzlich liefert die Richtlinie eine Definition der Gesundheitsversorgung, die sehr eng an die Kuration angelehnt ist: Gesundheitsdienstleistungen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen, einschließlich der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten (Art. 3 Buchst. a)).

---

<sup>8</sup> So auch im Erwägungsgrund Nr. 6.

<sup>9</sup> S. den Erwägungsgrund Nr. 2.

## **4 Innerstaatliche Umsetzung**

Für die innerstaatliche Umsetzung sind die drei Kapitel über die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten in Bezug auf die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (Kapitel II), über die Erstattung der Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (Kapitel III) und über die Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung (Kapitel IV) von Interesse. Im Folgenden wird danach unterschieden, ob die Richtlinie zu ihrer Umsetzung rechtliche Vorkehrungen oder auch zusätzlich institutionelle oder sonstige Vorkehrungen erfordert.

### **4.1 Rechtliche Vorkehrungen**

#### **4.1.1 Zuständigkeiten des Behandlungsmitgliedstaats (Art. 4)**

Bei den Vorschriften über die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten handelt es sich nach deutschem Rechtsverständnis um Aufgabennormen, nicht um Befugnisnormen. Im Rahmen dieser Vorschriften wird zunächst auf Selbstverständliches hingewiesen, nämlich die Einhaltung der Rechtsvorschriften, was schon nach dem Vorrang des Gesetzes geboten ist (Art. 4 Abs. 1 Buchst. a) und c)). Selbstverständlich erscheint auch die Einhaltung der Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit (Art. 4 Abs. 1 Buchst. b)).

Im Rahmen der Aufgabennormen für den Behandlungsmitgliedstaat – die Richtlinie spricht von Sicherstellung – geht es um Folgendes:

##### **4.1.1.1 Informationen seitens der nationalen Kontaktstelle (Art. 4 Abs. 2 Buchst. a))**

Bisher ist die Information der Patienten über Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit in Deutschland nicht zentralisiert und für die Patienten aufbereitet. Zwar existieren Internetportale, die aber für den medizinischen Laien nicht leicht zugänglich sind. Diese Aufgabe stellt also eine neue Aufgabe dar, die von der nationalen Kontaktstelle (Art. 6; dazu später<sup>10</sup>) durchzuführen ist. Die Information soll aber noch breiter sein und Bestimmungen über die Überwachung und Bewertung von Gesundheitsdienstleistern sowie Informationen darüber mit einschließen, welche Gesundheitsdienstleister diesen Standards und Leitlinien unterliegen; Gleiches gilt für Informationen über die Zugänglichkeit von Krankenhäusern für Personen mit Behinderungen. Diese Informationen liegen als Informationen vor. Die patienteninformationsgerechte Aufbereitung ist aber nicht flächendeckend gegeben. Insofern besteht Umsetzungsbedarf, der aber auch im Zusammenhang mit dem institutionellen Umset-

---

<sup>10</sup> S. unten Abschnitt 4.2.1.

zungsbedarf einer nationalen Kontaktstelle zu sehen ist. Genau genommen wird hier ein neues Informationsrecht der Patienten zu installieren sein, das über die im SGB I enthaltenen Informationsrechte (vgl. §§ 13-15 SGB I) hinausgeht. Ob die bereits vorhandenen Möglichkeiten des Verbraucherschutzes (vgl. § 65b SGB V) und die Institution des Patientenvertreters (§ 140h SGB V) hier ausreichen, müsste detailliert geprüft werden. Es handelt sich auch nicht um eine allgemeine Information an alle möglichen Patienten, sondern um eine Information auf Anfrage. Immerhin ist Deutschland in Hinblick auf die Patienteninformation schon auf einem guten Weg.<sup>11</sup> Die Richtlinie fordert für den Behandlungsmitgliedstaat nicht, dass hier mehr als für die eigenen Patienten getan werden muss.

#### **4.1.1.2 Informationen seitens der Gesundheitsdienstleister (Art. 4 Abs. 2 Buchst. b))**

Bei den Informationen seitens der Gesundheitsdienstleister über Behandlungen, Preise, Berufshaftpflicht etc. handelt es sich nicht um Informationen auf Anfrage, sondern um Bereitstellung von Informationen. Diese Informationen sind gegenwärtig, bezogen auf den einzelnen Gesundheitsdienstleister, nicht flächendeckend und systematisiert vorhanden. Bei Krankenhäusern sind diese Informationen schon wegen der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V breiter und intensiver vorhanden als beim Vertragsarzt, der seine Leistungen in der Regel eher katalogmäßig beschreibt und der keiner der den Krankenhäusern obliegenden vergleichbaren Qualitätsberichterstattung unterliegt. Die Landesärztekammern betreiben die Qualitätssicherungsbemühungen im Übrigen ziemlich unterschiedlich.<sup>12</sup>

Da die Richtlinie alle Gesundheitsdienstleister anspricht und nicht deren Verbände, ist zumindest nach wörtlichem Verständnis jeder Gesundheitsdienstleister nach der Richtlinie anzuhalten, die entsprechenden Informationen zu liefern. Trotzdem wird es möglich sein, hier die entsprechenden Institutionen (Verbände, Krankenhausgesellschaften, Kassenärztliche Vereinigungen) stellvertretend in die Pflicht zu nehmen. Da die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser auch noch nicht alle Informationen, die die Richtlinie fordert, enthalten, z.B. zur Berufshaftpflicht und zu den Vergütungen, wären entsprechende Infor-

---

<sup>11</sup> S. hierzu *Felix, Dagmar*: Verbraucherschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Igl, Gerhard (Hrsg.): Verbraucherschutz im Sozialrecht, 2011, S. 41 ff. (47 ff.; 50 ff.).

<sup>12</sup> Vgl. Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.): Qualitätssicherung durch Ärztekammern - Qualitätsbericht von Bundesärztekammer und Landesärztekammern, 2. Ausgabe 2008/09, S. 23 ff.

mationserweiterungen anzubringen. Ob andere nichtstationäre Gesundheitsdienstleister, also insbesondere die Vertragsärzte, zu einer vergleichbaren Qualitäts- oder auch nur Kompetenzberichterstattung anzuhalten sind, erscheint zumindest als problematisch.

#### **4.1.1.3 Vorkehrungen bei Patientenschädigung (Art. 4 Abs. 2 Buchst. c))**

Die Forderung nach transparenten Beschwerdeverfahren und Mechanismen im Schadensfall meint offensichtlich mehr als nur die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. In Deutschland existiert bereits die Möglichkeit des Behandlungsfehlermanagements, allerdings nur als Ermessensleistung der Kassen (§ 66 SGB V).<sup>13</sup> Beschwerdemöglichkeiten sind im ambulanten Bereich auch bei den Landesärztekammern gegeben. Die dortigen Gutachterkommissionen helfen ebenfalls dem Patienten. Im stationären Bereich existieren keine einheitlichen Vorgaben auf bundesrechtlicher Ebene. Die Landeskrankenhausgesetze und/oder landesspezifische Einrichtungen der Patientenvertretung sehen zum Teil entsprechende Möglichkeiten vor. Je nach Ausgestaltung der Verfahren wird man hier auch auf die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern achten müssen. Für die Einrichtung nur eines reinen Beschwerdeverfahrens sind außerhalb des SGB V nur die Länder zuständig, da eine allgemeine Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für Angelegenheiten des Gesundheitswesens nicht gegeben ist.

#### **4.1.1.4 Berufshaftpflichtversicherung (Art. 4 Abs. 2 Buchst. d))**

In der Musterberufsordnung Ärzte (MBO-Ärzte)<sup>14</sup> ist die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung in § 21 MBO vorgesehen. Die Richtlinienvorschrift sagt nichts über eine Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aus, sondern wendet sich an die Behandlungsmitgliedstaaten, solche Haftpflichtversicherungssysteme bereitzustellen. Für die Situation in Deutschland ist diese Vorschrift nicht umsetzungsbedürftig, da solche Systeme bereitstehen.

#### **4.1.1.5 Datenschutz (Art. 4 Abs. 2 Buchst. e))**

Der Schutz persönlicher Daten der Patienten ist rechtlich vielfach gesichert, so durch die ärztliche Schweigepflicht (vgl. § 203 Abs. 1 StGB), durch das Berufsrecht in den Berufsordnungen (§ 9 MBO-Ärzte). Auf dem Gebiet des Sozialleistungsrechts ist der Datenschutz durch

---

<sup>13</sup> S. hierzu *Felix* (Fn. 11), S. 55 f.

<sup>14</sup> (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung vom 24.11.2006 ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)).

das SGB X – 2. Kapitel – bereichsspezifisch geregelt, und im SGB V noch einmal speziell ausgeformt (§§ 248-305b SGB V). Auch hier besteht kein Umsetzungsbedarf.

#### **4.1.1.6 Patientenakte (Art. 4 Abs. 2 Buchst. f))**

Ein Anspruch auf Erstellung einer Patientenakte ist gesetzlich ebenso wenig geregelt wie ein Anspruch des Patienten auf Zugang zu einer schriftlichen oder elektronischen Kopie dieser Akte. In den Eckpunkten zu einem Patientenrechtegesetz<sup>15</sup> ist hier Folgendes vorgesehen:

„Daneben wird die Dokumentationspflicht der/ des Behandelnden gesetzlich konkretisiert werden. Krankenakten sind vollständig und sorgfältig zu führen. Dies kann - unter Beachtung des Datenschutzes und der Datensicherheit - auch elektronisch erfolgen. Dokumentiert die/ der Behandelnde nicht wie im Gesetz vorgesehen, etwa weil Befunde pflichtwidrig nicht gesichert werden, so wird zu seinen/ ihren Lasten vermutet, dass es die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht gegeben hat. Schließlich soll eine gesetzliche Regelung auch das Recht auf Akteneinsicht vorsehen und die Patientin/ den Patienten besonders schützen, wenn die Akte nicht herausgegeben wird.

Beispiel: Den Patienten steht das Recht zu, Einblick in die Patientenakte zu nehmen und diese - auf eigene Kosten – zu kopieren.“

Mit einer solchen Regelung würde einer Umsetzung also Genüge getan.

#### **4.1.1.7 Nichtdiskriminierung (Art. 4 Abs. 3)**

Die Nichtdiskriminierungsvorschrift bezieht sich in ihrem in Abs. 1 formulierten Grundsatz auf Artikel 18 AEUV. In der Konkretisierung in Abs. 2 meint sie aber speziell den Zugang zur medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat. Der EuGH hat eine Begrenzung dieses Zugangs ausnahmsweise gerechtfertigt. Die Vorschrift übernimmt den Wortlaut der entsprechenden EuGH-Entscheidung.<sup>16</sup>

In Deutschland ist bisher keine Notwendigkeit gesehen worden, den Zugang von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten zu beschränken. Die Vorschrift ist also gegenwärtig nicht umsetzungsrelevant.

#### **4.1.1.8 Gebührenordnung (Art. 4 Abs. 4)**

Die Anwendung der auch für inländische Patienten geltenden Gebührenordnung stellt für Deutschland ebenfalls kein Problem dar. § 1 GOÄ stellt nicht auf die Nationalität des Patienten ab.

---

<sup>15</sup> Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz, Patientenrechte in Deutschland ([www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de)). S. hierzu auch *Igl, Gerhard*, in: *Igl, Gerhard/Welti, Felix* (Hrsg.): *Gesundheitsrecht*, München 2011, S. 214.

<sup>16</sup> EuGH, Urt. vom 12.7.2001, Rs. C-157/99 (Smits / Peerbooms), Slg. I-2001, 5473.

#### **4.1.1.9 Sprachenregelung (Art. 4 Abs. 5)**

Die Vorschriften zur Sprachenregelung sind für die Bundesrepublik nicht umsetzungsrelevant.

#### **4.1.2 Zuständigkeiten des Versicherungsmitgliedstaates (Art. 5)**

##### **4.1.2.1 Kostenerstattung (Art. 7)**

Die Erstattung von Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung stellt das Kernstück der Richtlinie dar.<sup>17</sup> Es darf aber nicht übersehen werden, dass die Kostenerstattung nach der Richtlinie bzw. deren Umsetzung neben dem System steht, das in der VO (EG) Nr. 883/2004 geregelt ist. Dies bringt Art. 7 Abs. 1 klar zum Ausdruck. Auch die Erwägungsgründe weisen darauf noch einmal hin.<sup>18</sup>

Man könnte es sich nun einfach machen und in Hinblick auf die Umsetzung auf die Vorschriften in § 13 Abs. 4 und 5 SGB V<sup>19</sup> verweisen. Dort ist nur ein einziger Versagungsgrund für die Inanspruchnahme einer Krankenbehandlung im Ausland genannt, nämlich für den Fall einer Krankenhausbehandlung, die zwar generell zustimmungsbedürftig ist, aber nur versagt werden darf, wenn die gleiche oder ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erbracht werden kann (§ 13 Abs. 5 Satz 3 SGB V). Ansonsten kann sich der Versicherte unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V in einem anderen Mitgliedstaat ohne Vorabgenehmigung behandeln lassen. Der Kostenerstattungsanspruch besteht in Höhe der Kosten des Sachleistungsanspruchs mit entsprechenden Abschlägen für Verwaltungskosten, fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie vorgesehene Zuzahlungen. Eine volle Kostenerstattung kann stattfinden, wenn die Behandlung nur in einem anderen Mitgliedstaat stattfinden kann.

Krankengeld wird gezahlt; ebenso können weitere Kosten und die Kosten für eine Begleitperson ganz oder teilweise übernommen werden (§ 13 Abs. 6 SGB V).

Diese Regelungen entsprechen den Vorschriften der Richtlinie. Dazu im Einzelnen:

---

<sup>17</sup> Vgl. hierzu auch EuGH, Urt. Vom 15.6.2010, Rs. C-211/08 (Kommission / Spanien), abgedruckt in: ZESAR 11.12/2010, S. 479, mit Anm. Janda, S. 465.

<sup>18</sup> Erwägungsgrund Nr. 30.

<sup>19</sup> Jüngst geändert durch Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze vom 22. Juni 2011, BGBl. I S. 1202.

- Grundsätzlich ist die Kostenerstattungsmöglichkeit eröffnet. Dies entspricht Art. 7 Abs. 1.
- Die Übernahme der weiteren Kosten und der Kosten für die Begleitperson wird von der Richtlinie ebenfalls angesprochen (Art. 7 Abs. 4 Satz 3).
- Die Höhe der Kostenerstattung unter Abzug von Verwaltungskosten etc. entspricht zwar nicht ganz genau dem Wortlaut von Art. 7 Abs. 4, denn dort wird von Verwaltungskostenabschlägen und Abschlägen wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht gesprochen.
- Die in § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V vorgesehene Möglichkeit der Vollkostenerstattung ist ebenfalls in der Richtlinie vorgesehen (Art. 7 Abs. 4 Satz 2).
- Der Mechanismus der Kostenberechnung entspricht dem Transparenzgebot des Art. 7 Abs. 6.
- Die Einhaltung der nationalen Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten ist ebenfalls richtlinienkonform (Art. 7 Abs. 7). Das BSG hat im Jahr 2009 die Anforderung eines Heil- und Kostenplans und das Erfordernis der Genehmigung einer zahnprothetischen Versorgung auch in einem anderen Mitgliedstaat mit Recht nicht als europarechtswidrig angesehen, da dies Leistungsvoraussetzung nach deutschem Recht ist.<sup>20</sup> Zu den nationalen Leistungsvoraussetzungen gehört es allerdings nicht, dass ein Krankenhaus im Ausland ein zugelassenes Krankenhaus ähnlich unserem Zulassungssystem sein muss (vgl. § 108 SGB V).<sup>21</sup>

Von den in Art. 7 Abs. 9 iVm Abs. 11 genannten Möglichkeiten der Einschränkung der Kostenerstattungspflicht hat Deutschland keinen Gebrauch gemacht. Hier handelt es sich um unabhängig von der Vorabzustimmungspflicht um Beschränkungen die der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung.

#### **4.1.2.2 Vorabgenehmigung (Art. 8)**

Ebenso wie die grundsätzliche Kostenerstattungspflicht bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung ein Kernstück der Richtlinie ist, gilt dies auch für deren Ausnahme, die Vorabgenehmigungspflicht, rechtlich richtiger – wie im deutschen Recht – als Pflicht zur Einho-

---

<sup>20</sup> BSG, Urt. vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 19/08 R, Rn. 24 ff., juris.de = SozR 4-2500 § 13 Nr 21.

<sup>21</sup> BSG, Urt. vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 22/08 R, Rn. 31, juris.de = BSGE 104, 1.

lung einer vorherigen Zustimmung zu bezeichnen.<sup>22</sup> Das deutsche Krankenversicherungsrecht kennt nur einen Fall der vorherigen Zustimmung, der in § 13 Abs. 5 SGB V geregelt ist, und der richtlinienkonform ist:

„Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.“

Unabhängig von der deutschen unproblematischen Umsetzungssituation soll hier kurz die Systematik der Vorabgenehmigung dargelegt werden:

- Die Möglichkeit der Einrichtung einer Vorabgenehmigung ist die Ausnahme, die zustimmungslose Kostenerstattung die Regel.
- Die Vorabgenehmigung ist für alle Versorgungssektoren, stationär und ambulant, möglich.
- Die Fälle der Vorabgenehmigung sind enumerativ aufgezählt (Art 8 Abs. 2).
- Die Gründe für eine Verweigerung einer Vorabgenehmigung sind ebenfalls enumerativ aufgezählt (Art. 8 Abs. 6).
- Der Versicherungsmitgliedstaat hat die Gesundheitsdienstleistungen zu veröffentlichen, die einer Vorabgenehmigung bedürfen.

Prüft man die deutsche Situation anhand dieser Kriterien, so ist Folgendes zu sagen:

Der deutsche Gesetzgeber hat die Vorabgenehmigung für Krankenhausbehandlungen gemäß den entsprechenden Erwägungen in der Rechtsprechung des EuGH eingeführt.<sup>23</sup> In der Richtlinie, für die zunächst ebenfalls eine Beschränkung der Vorabgenehmigung auf die Krankenhausleistungen vorgesehen war, ist diese Voraussetzung weggefallen und auch auf den ambulanten Sektor erstreckt worden.<sup>24</sup> Trotzdem bleibt die ursprünglich vom EuGH ins Auge genommene Situation auch in der Richtlinie erhalten (vgl. Art. 8 Abs. 2 Buchst. a) (i)). Damit bleibt die Basis für die – hier schon vorgenommene - Umsetzung ins deutsche Recht erhalten.

---

<sup>22</sup> Vgl. § 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

<sup>23</sup> EuGH, Urt. vom 12.07.2001 – Rs. C-157/99 (Smits / Peerbooms), Slg. I-2001, 5473.

<sup>24</sup> S. hierzu *Tiedemann* (Fn. 5), ZFSH SGB 2011, S. 462, (470).

#### **4.1.2.3 Verwaltungsverfahren bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung (Art. 9)**

Die Vorschrift über das entsprechende Verwaltungsverfahren enthält rechtsstaatliche Regelungen, die hierzulande grundsätzlich selbstverständlich sind, so die diskriminierungsfreie Behandlung (Abs. 1), die Behandlung der Anträge in angemessener Frist (Abs. 3), die Begründung und die gerichtliche Überprüfbarkeit der Entscheidungen (Abs. 4).

## **4.2 Institutionelle und sonstige Vorkehrungen**

Die Richtlinie sieht eine Reihe institutioneller und sonstiger Vorkehrungen vor, die der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung dienen (Kapitel IV).

### **4.2.1 Nationale Kontaktstelle (Art. 6)**

Die Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung dient der Rechtswahrnehmung der Patienten (Abs. 3). Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland ist eine Abteilung des GKV Spitzenverbandes und nimmt bereits rudimentär entsprechende Aufgaben wahr (§ 219a SGB V). Eine weitere Aufgabenzuweisung an andere Stellen, die nicht im Rahmen des SGB V tätig werden, kann nicht von Bundesbehörden wahrgenommen werden, da hierfür die Gesetzgebungs- bzw. die Verwaltungskompetenz nicht gegeben ist. Demgemäß müssten die Länder tätig werden, die aber Vereinbarungen über eine gemeinsame Stelle treffen könnten.

### **4.2.2 Amtshilfe und Zusammenarbeit (Art. 10)**

Die Vorschrift über die Amtshilfe und Zusammenarbeit nennt als Beispiel für die Zusammenarbeit auch den Bereich der Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit (Abs. 1). Es ist allerdings nicht zu erkennen, wie diese Art der Zusammenarbeit in eine Amtshilfekoope-ration passt und vor allem nicht, wie dies zur Erleichterung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beitragen soll. Vielmehr handelt es sich hier um einen Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der ähnlich wie der Austausch fachlicher Kenntnisse auf dem Gebiet der Medizin bisher eher dem privaten Verantwortungsbereich, also vor allem den medizinischen Fachgesellschaften, zugeordnet ist. Es ist auch nicht klar, ob hier der Bereich der Standard- und Leitlinienentwicklung oder nur der Bereich der gegenseitigen Information über diese und der Austausch von diesen gemeint sind.

Die Amtshilfe soll auch den Austausch von Informationen aus den Berufsregistern umfassen (Abs. 4).

#### **4.2.3 Anerkennung von Verschreibungen (Art. 11)**

Unter der Überschrift der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten Verschreibungen verbirgt sich ein größerer, das Arzneimittel- und Apothekenrecht betreffender Regelungskomplex, in dem es um mehr als nur das Hinreichen einer Verschreibung aus einem anderen EU-Mitgliedstaat geht und der teilweise auch die Medizinprodukte umfasst (Abs. 1). Die Vorschrift beschreibt vor allem die diesbezüglichen Tätigkeiten und Maßnahmen der Kommission (Abs. 2). Bis zum 25. Oktober 2012 sollen die Arzneimittel und Medizinprodukte erfasst sein, die von der gegenseitigen Anerkennung ausgeschlossen sind (Abs. 5).

#### **4.2.4 Europäische Referenznetzwerke (Art. 12)**

Hinter der Vorschrift zum Aufbau Europäischer Referenznetzwerke verbirgt sich ebenfalls ein umfassender Komplex an Maßnahmen. Europäische Referenznetzwerke sollen zwischen Gesundheitsdienstleistern und Fachzentren insbesondere im Bereich der seltenen Krankheiten in den Mitgliedstaaten eingerichtet werden (Abs. 1). Die Europäischen Referenznetzwerke verfolgen mindestens drei von acht Zielen, die in Abs. 2 aufgeführt sind. Die Kommission legt spezifische Kriterien und Bedingungen fest, die die Europäischen Referenznetzwerke erfüllen müssen (Abs. 4). Das geschieht im Wege delegierter Rechtsakte (vgl. Art. 290 AEUV).

#### **4.2.5 Zusammenarbeit bei seltenen Krankheiten (Art. 13)**

Auf dem Gebiet der seltenen Krankheiten sollen hinsichtlich der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten eine Sensibilisierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe stattfinden (Art. 13 Buchst. a)). Ebenso sollen Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe und Kostenträger für die im Rahmen der VO (EG) Nr. 883/2004 bestehenden Möglichkeiten sensibilisiert werden, Patienten mit seltenen Krankheiten in andere Mitgliedstaaten zu überweisen (Buchst. b)). Die Kommission wird hier gegenüber den Mitgliedstaaten unterstützend bei der Zusammenarbeit tätig.

#### **4.2.6 Elektronische Gesundheitsdienste (Art. 14)**

Ein weiteres freiwilliges Netzwerk soll für die Zusammenarbeit und den Austausch von Informationen zwischen den von den Mitgliedstaaten benannten für elektronische Gesundheitsdienste zuständigen nationalen Behörden errichtet werden (Abs. 1). Ziele eines solchen Netzwerkes sind u.a. die Erarbeitung von Leitlinien zu Angaben für die Patientenakten und für die Verfahren zur Nutzung medizinischer Informationen (Abs. 2).

#### **4.2.7 Zusammenarbeit bei Bewertung von Gesundheitstechnologien (Art. 15)**

Ein drittes freiwilliges Netzwerk gilt der Zusammenarbeit und dem Austausch wissenschaftlicher Informationen bezüglich der Bewertung von Gesundheitstechnologien (Abs. 1). Die Bedeutung dieses Netzwerks wird daran sichtbar, dass es das einzige Netzwerk ist, das von der Union für seine Arbeit eine Beihilfe erhalten kann (Abs. 3-5).

## **5 Handlungsformen**

Unionsrechtlich von Interesse sind die Handlungsformen der Kommission im Zusammenhang der Umsetzung der Richtlinie durch die Kommission. Hier wird häufig auf das Instrument der delegierten Rechtsakte zurückgegriffen. Den rechtlichen Rahmen hierfür bestimmt Art. 290 AEUV:

(1) In Gesetzgebungsakten kann der Kommission die Befugnis übertragen werden, Rechtsakte ohne Gesetzescharakter mit allgemeiner Geltung zur Ergänzung oder Änderung bestimmter nicht wesentlicher Vorschriften des betreffenden Gesetzgebungsaktes zu erlassen. In den betreffenden Gesetzgebungsakten werden Ziele, Inhalt, Geltungsbereich und Dauer der Befugnisübertragung ausdrücklich festgelegt. Die wesentlichen Aspekte eines Bereichs sind dem Gesetzgebungsakt vorbehalten und eine Befugnisübertragung ist für sie deshalb ausgeschlossen.

(2) Die Bedingungen, unter denen die Übertragung erfolgt, werden in Gesetzgebungsakten ausdrücklich festgelegt, wobei folgende Möglichkeiten bestehen:

- a) Das Europäische Parlament oder der Rat kann beschließen, die Übertragung zu widerrufen.
- b) Der delegierte Rechtsakt kann nur in Kraft treten, wenn das Europäische Parlament oder der Rat innerhalb der im Gesetzgebungsakt festgelegten Frist keine Einwände erhebt. Für die Zwecke der Buchstaben a und b beschließt das Europäische Parlament mit der Mehrheit seiner Mitglieder und der Rat mit qualifizierter Mehrheit.

(3) In den Titel der delegierten Rechtsakte wird das Wort „delegiert“ eingefügt.

Die Einzelheiten der Delegation und ihrer Rücknahme werden dann in dem jeweiligen Rechtsakt selbst bestimmt, hier in Art. 16-19.

## **6 Umsetzungsfristen**

Die Richtlinie soll bis zum 25. Oktober 2013 umgesetzt werden (Art. 21).

## **7 Bewertung und Ausblick**

### **7.1 Zwei Ursprünge – mehrfache Wirkungen**

Die Patientenrichtlinie hat zwei Ursprünge, die Rechtsprechung des EuGH, beginnend mit den Rechtssachen *Kohll* und *Decker* aus dem Jahre 1998,<sup>25</sup> und das Scheitern des Einbezugs

---

<sup>25</sup> EuGH, Urteile vom 28.4.1998, Rs. C-120/95 (*Decker*), Slg. I-1998, 1831, Rs. C-158/96 (*Kohll*), Slg. I-1998, 1931; hierzu *Igl, Gerhard*, in: *Igl/Welti* (Hrsg.): *Gesundheitsrecht*, München 2011, S. 18 ff.

von Gesundheitsdienstleistungen in die Dienstleistungsrichtlinie (2006/123/EG). Für die Anpassung der deutschen Gesetzgebung an die Anforderungen der EuGH-Rechtsprechung hätte es für Deutschland keiner Richtlinie über Patientenrechte bedurft. Der deutsche Gesetzgeber hat mit § 13 Abs. 4 und 5 SGB V sehr schnell auf diese Rechtsprechung reagiert. Auch institutionell ist mit der Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland das Nötige getan.

Die Patientenrechtsrichtlinie steht im Verhältnis zur Dienstleistungsrichtlinie nicht im Verhältnis einer *lex specialis*, sondern ist im Verhältnis zu dieser zwar vor dem allgemeinen Hintergrund der Gewährleistung von Freizügigkeit und freiem Güterverkehr im Binnenmarkt mit dem gleichen Ermächtigungsgrund bedacht; sie regelt aber jetzt in Hinblick auf die Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit etwas, was bereits seit langen Jahren - fast seit Anbeginn der EWG - unter dem Aspekt der Gewährleistung der Arbeitnehmerfreizügigkeit geregelt war.

Die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft ist unter dem Vorzeichen der Herstellung von Marktfreiheit angetreten, und Marktfreiheit wurde vor allem als Güterverkehrsfreiheit verstanden, bis sehr schnell klar geworden ist, dass auch Arbeitnehmer Marktfaktoren sind, die besondere Belange haben, und die darin bestehen, nicht nur im Ausland Geld zu verdienen, sondern auch soziale Sicherheit in Anspruch nehmen zu können. Damit musste sich die EWG sehr schnell dem Schutz nicht nur des Marktes, sondern auch der Menschen zuwenden. Damals wurde die Wirtschaftsgemeinschaft zum ersten Mal mit dem Sozialen konfrontiert. Heute ist es wieder so mit Blick auf die Gesundheitsversorgung: Die Kompetenz für den Erlass der Patientenrechtsrichtlinie wird wieder auf Marktcompetenzen, hier die Binnenmarktskompetenz gestützt (Art. 114 AEUV). Mittlerweile enthält der AEUV aber mehr als nur die nackten Binnenmarktskompetenzen. Die Europäische Gemeinschaft wird mit der Europäischen Union auch von Zielvorstellungen, hier von einem hohen Gesundheitsschutzniveau, geleitet (Art. 114 Abs. 3 AEUV).

Anders als bei der Wanderarbeitnehmerverordnung, mit der letztlich nur europäisches soziales Koordinierungsrecht geschaffen worden ist, also eine Art europäisches Internationales Privatrecht des Sozialrechts,<sup>26</sup> wird mit der Patientenrechtsrichtlinie dieses Koordinierungsrecht in Hinblick auf die Gesundheitsleistungen der sozialen Sicherungssysteme noch einmal angefüllt. Gleichzeitig wird dies zum Anlass genommen, sehr viel mehr zu machen, nämlich

---

<sup>26</sup> Hierzu *Igl, Gerhard/Welti, Felix*, Sozialrecht, 8. Aufl., Neuwied 2007, S. 389 ff.

die Union zu einem wichtigen Akteur in der Gesundheitsversorgung der Mitgliedstaaten zu aufzubauen.

## **7.2 Die weitere Entwicklung: Wo liegen die Kerne der Betätigung der EU auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung?**

Die weitere Entwicklung der Betätigung der EU auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung ist im AEUV kompetenziell angelegt.<sup>27</sup> Dabei geht es um folgende Handlungsbereiche:

- Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen: Die Union ergänzt die Maßnahmen der Mitgliedstaaten (Art. 168 Abs. 1 Satz 4 AEUV).
- Verbesserung der Komplementarität der Gesundheitsdienste der Mitgliedstaaten in den Grenzgebieten: Die Union fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit (Art. 168 Abs. 2 AEUV).
- Zusammenarbeit mit dritten Ländern und den für das Gesundheitswesen zuständigen internationalen Organisationen: Förderung durch Union und Mitgliedstaaten (Art. 168 Abs. 3 AEUV).
- Gesundheitsprodukteschutz (im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren) (Art. 168 Abs. 4 AEUV):
  - Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate; diese Maßnahmen hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder einzuführen;
  - Maßnahmen in den Bereichen Veterinärwesen und Pflanzenschutz, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung zum Ziel haben;
  - Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte.
- Gesundheitsschutz (im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren, auch Fördermaßnahmen zum Gesundheitsschutz und Maßnahmen zur Gefahrenbekämpfung) (Art. 168 Abs. 5 AEUV):
  - Maßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit, insbesondere zur Bekämpfung der weit verbreiteten schweren grenzüberschreitenden Krankheiten,
  - Maßnahmen zur Beobachtung, frühzeitigen Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren,

---

<sup>27</sup> Hierzu *Igl* in: *Igl/Welti* (Hrsg.), *Gesundheitsrecht*, München 2011, S. 14 ff.

- Maßnahmen, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zum Ziel haben.

Damit konzentrieren sich die besonderen Handlungsbereiche der Union auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Felder, die in Deutschland dem öffentlichen Gesundheitsschutz zugeordnet sind. Es sind dies die Bereiche der Prävention und der Warnung vor Gesundheitsgefahren. Die weiteren Handlungsbereiche betreffen grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme bzw. die grenzüberschreitende Zusammenarbeit und die Zusammenarbeit mit Drittländern und internationalen Organisationen.

Ausdrücklich festgestellt wird, dass die Bereiche der Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung nicht erfasst sind (Art. 168 Abs. 7 Sätze 1 und 2 AEUV). Insgesamt wird man aber den Handlungsbereich auf die Prävention und den öffentlichen Gesundheitsschutz beschränken müssen, da dies der Zielrichtung des Art. 168 AEUV am ehesten gerecht wird.

Damit kann gesagt werden, dass die Kompetenzgrundlagen für die Bereiche der Patientenrechtsrichtlinie, die nicht die Patienten direkt, sondern Teile der gesundheitlichen Versorgung bzw. deren Ermöglichung betreffen, grundsätzlich gegeben sind. Allerdings bedarf es noch einer skrupulösen Einzeluntersuchung, die hier nicht geleistet werden kann. In Deutschland hätte man einem solchen Rechtstext den Titel gegeben: Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und über die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsversorgung zwischen den Mitgliedstaaten.

## Literaturverzeichnis

*Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (Hrsg.):* Qualitätssicherung durch Ärztekammern - Qualitätsbericht von Bundesärztekammer und Landesärztekammern, 2. Ausgabe 2008/09.

*Felix, Dagmar:* Verbraucherschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Igl, Gerhard (Hrsg.): Verbraucherschutz im Sozialrecht, 2011, S. 41 ff.

*Fuchs, Maximilian (Hrsg.):* Europäisches Sozialrecht, 5. Aufl., Baden-Baden, 2010.

*Igl, Gerhard/Welti, Felix*: Sozialrecht, 8. Aufl., Neuwied 2007.

*Igl, Gerhard/Welti, Felix (Hrsg.)*: Gesundheitsrecht, München 2011.

*Kingreen, Thorsten*: Der Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Patientenrichtlinie,  
in: ZESAR 03/2009, S. 109.

*Mayer, Udo R.*: Patientenrechte bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in der  
EU, in: Soziale Sicherheit 8/2011, S. 254.

*Rixen, Stephan*: Die Dienstleistungsrichtlinie – ein trojanisches Pferd zur „Deregulierung“  
sozialer Dienstleistungen?, in ZESAR 01/2010, S. 5.

*Tiedemann, Michael*: Die Regelungen der Patientenrechte-Richtlinie zur grenzüberschreiten-  
den Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der EU, in: ZFSH SGB  
8/2011, S. 462.