

Gesundheits- dienstleistungen in der Großregion SaarLorLux

Die praktische Umsetzung der
Rechtsprechung des Europäischen
Gerichtshofs im Hinblick auf
Krankenkassensysteme im grenz-
überschreitenden Kontext

Ass. iur. Mareike Fröhlich LL.M.
RA Tilmann Lahann LL.M.
Ass. iur. Anja Trautmann LL.M.

ePaper #2 (01.08.2011)

Europa-Institut der Universität des Saarlandes, 1. August 2011

ISSN 1868-9914

This paper can be downloaded without charge from:

eVeröffentlichungen des Europa-Instituts: 2

The Europa-Institut at Saarland University ePaper Series: 2

GLIEDERUNG

A.	EINFÜHRUNG	4
B.	EUROPA	5
I.	Hintergrund.....	5
1.	Entwicklung	5
a)	Erste Schritte der europäischen Integration	5
b)	Gründung der EU – Vertrag von Maastricht	6
c)	Vertrag von Amsterdam	6
d)	Vertrag von Nizza.....	6
e)	Vertrag von Lissabon.....	6
2.	Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik.....	7
a)	Aufgaben und Ziele	7
b)	Zuständigkeiten	8
c)	Offene Methode der Koordinierung (OMK)	8
d)	Initiativen und Programme	9
3.	Zusammenfassung.....	12
II.	Rechtliche Grundlagen	12
1.	Primärrecht.....	12
a)	Beitrag der Union zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus, Art. 168 AEUV....	12
b)	Freizügigkeit der Arbeitnehmer, Art. 45 ff. AEUV	13
c)	Niederlassungsfreiheit, Art. 49 ff. AEUV	14
d)	Dienstleistungsfreiheit, Art. 56 ff. AEUV	14
e)	Angleichung der Rechtsvorschriften, Art. 114 AEUV	15
f)	Wettbewerbsrecht, Art. 101 ff. AEUV	15
g)	Grundrechtecharta	15
h)	Sonstige Vorschriften	16
2.	Sekundärrecht	16
a)	Verordnung (EWG) Nr. 1408/71.....	17
b)	Verordnung (EG) Nr. 883/2004.....	17
c)	Patientenrichtlinie.....	18
3.	Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs.....	20
a)	Decker und Kohll	20
b)	Vanbraekel.....	21
c)	Smits und Peerbooms	21
d)	Müller-Fauré und van Riet	22
e)	Inizan.....	23

f) Leichtle.....	23
g) Watts.....	24
h) Herrera.....	25
i) Stamatelaki.....	25
j) Kommission gegen Spanien.....	26
k) Kommission gegen Frankreich.....	27
l) Kommission gegen Luxemburg.....	27
m) Urteile zu den Formblättern E 111 und 112.....	28
n) Schlussfolgerung.....	29
4. Zusammenfassung.....	30
III. Perspektiven einer europäischen Entwicklung.....	31
C. ÜBERBLICK ÜBER DIE GESUNDHEITSSYSTEME DER MITGLIEDSTAATEN.....	32
I. Anforderungen an ein nationales Gesundheitssystem und strukturelle Einordnung.....	32
II. Deutschland.....	33
III. Frankreich.....	34
1. Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems.....	34
2. Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze.....	36
3. Umsetzung der europäischen Regelungen.....	36
IV. Luxemburg.....	37
1. Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems.....	37
2. Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze.....	37
3. Leistungen und Umfang der Gesundheitsversorgung.....	38
V. Zusammenfassung.....	38
D. INANSPRUCHNAHME VON GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN.....	39
I. Grenzregionen.....	39
II. Allgemeine Behandlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen.....	39
1. Grenzüberschreitungen.....	40
2. Anwendbare Rechtsvorschriften.....	41
a) Abrechnungsmodalitäten nach beiden Systemen.....	41
aa) Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1408/71 und (EG) Nr. 883/2004.....	41
bb) Patientenrichtlinie 2011/24/EU.....	41
b) Patientenrichtlinie und/oder Wanderarbeitnehmerverordnung?.....	42
3. Relevanz in der Praxis.....	42
III. Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion.....	43
1. Die Großregion im Überblick.....	43
2. Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung.....	45

a) Grenzgänger Deutschland → Luxemburg	45
b) Grenzgänger Deutschland → Frankreich.....	45
3. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit.....	46
4. Schwierigkeiten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung	47
E. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	51

A. EINFÜHRUNG

Nach Schätzung der Europäischen Kommission entfällt nur etwa 1 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen auf den grenzüberschreitenden Bereich.¹ Damit ist die grenzüberschreitende Patientenmobilität in ihrer quantitativen Bedeutung als eher gering einzuschätzen. Allerdings sieht dies in den Grenzregionen ganz anders aus, denn in diesen gewinnt die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Hinblick auf die Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung eine zunehmende Bedeutung.² Zudem kann ein grenzüberschreitender Markt für Gesundheitsdienstleistungen weitere positive Auswirkungen haben, so zum Beispiel eine wirtschaftlichere Auslastung bei der Bereitstellung von Großgeräten oder der Vornahme von Spezialbehandlungen, aber auch eine Koordinierung der Einführung von Expertenzentren für spezielle Krankheiten. Daneben ist schließlich der Stellenwert einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Notfallversorgung, insbesondere beim Einsatz von Rettungsdiensten nicht zu unterschätzen.

Jedoch treffen im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union zwei scheinbar unvereinbar erscheinende Grundsätze – die alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme einerseits und die durch das Europäische Wirtschaftsrecht begründeten Grundfreiheiten andererseits – aufeinander.³ Dieses Spannungsfeld führt immer wieder zu Problemen im Zusammenhang mit der Genehmigung von Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat bzw. mit der Erstattung der hierbei entstehenden Kosten. Jedoch gilt es diese zu lösen, um im Ergebnis die durch die europäischen Verträge garantierten Grundfreiheiten umfassend zu gewährleisten und so einen europäischen Gesundheitsmarkt zu etablieren. Die Lösung dieser noch vorhandenen Konflikte besitzt insbesondere in Grenznähe und somit in der Großregion SaarLorLux eine deutlich höhere Priorität, weil die Nutzung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen hier viel eher in Frage kommt.

Voranstellend soll bereits kurz auf die für die zentralen Begriffe des Gutachtens – Großregion und Grenzgänger – eingegangen werden. Die Großregion umfasst Luxemburg, Lothringen, das Saarland, Rheinland-Pfalz und eine Teil der Wallonie in Belgien. Sie ist die größte europäische Grenzregion mit den meisten Grenzgängern. Ein Grenzgänger ist eine Person, die zwischen dem Mitgliedstaat, in dem sie lebt und dem, in dem sie arbeitet, hin und her pendelt.

Das vorliegende Gutachten gliedert sich im Folgenden in vier Bereiche. In einem ersten Abschnitt werden sowohl der Hintergrund der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik als auch deren rechtliche Grundlagen dargestellt und die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs aufgearbeitet. Daran schließt sich ein Überblick über die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten am Beispiel der für die Großregion entscheidenden Mitgliedstaaten Deutschland, Frankreich und Luxemburg an. Der dritte Teil setzt sich explizit mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Grenzregionen bzw. der Großregion SaarLorLux auseinander. Hierbei wird zum einen die Behandlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen und zum anderen deren Abwicklung innerhalb der Großregion aufgezeigt, um dann auf bereits bestehende Initiativen im Hinblick auf eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit wie auch auf die existierenden Probleme einzugehen. Das Gutachten zeigt in einem letzten Abschnitt Handlungsempfehlungen zur Erzielung weiterer Fortschritte im Umgang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion auf.

¹ Communication from the Commission, Consultation regarding Community action on health services, SEC (2006) 1195/4, S. 6.

² Schmucker, Transnationale Solidarität?, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union, Gesundheitswesen 2010, S. 151.

³ Rübke, Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der Europäischen Union, Zum Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom 2.7.2008, MedR 2009, S. 79.

B. EUROPA

Der Bedeutungszuwachs Europas in der Gesundheitspolitik beruht auf den Folgen der fortschreitenden europäischen Integration. Hintergrund dieser Entwicklung ist ein Spannungsverhältnis zwischen europäischem Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht einerseits und dem Sozialrecht der Mitgliedstaaten andererseits. Laut dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) liegt die alleinige Kompetenz für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens zwar bei den Nationalstaaten, allerdings müssen sie bei der Ausübung ihrer Befugnis das Unionsrecht beachten. Das hat zur Folge, dass die Mitgliedstaaten den in der EU geltenden freien Verkehr von Personen, Dienstleistungen, Waren und Kapital auch im Bereich des Gesundheitswesens gewährleisten müssen. Mit seiner integrationsfreundlichen Rechtsprechung hat der Europäische Gerichtshof diese Grundregel untermauert. So hat er unter Berufung auf den freien Dienstleistungsverkehr die Rechte der Patienten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland erweitert und die Krankenversicherungsunternehmen zur Kostenerstattung verpflichtet.

In diesem Abschnitt sollen sowohl der Hintergrund der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik als auch deren rechtlichen Grundlagen dargestellt werden.

I. Hintergrund

Die nachfolgenden Kapitel sollen zunächst einen kurzen Abriss der historischen Entwicklung der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik geben und im Anschluss daran diese detailliert bezüglich der Zielsetzung und Funktionsweise vorstellen. Im Weiteren soll eine Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen sowie den Perspektiven einer Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik stattfinden.

1. Entwicklung

a) Erste Schritte der europäischen Integration

Nach dem 2. Weltkrieg war Europa auf der Suche nach einer neuen Identität, welche durch die europäische Integration ein neues Selbstverständnis vermitteln und insbesondere den Wunsch nach Sicherheit, Frieden und wirtschaftlichem Wohlstand befriedigen sollte. Die Lebensbedingungen innerhalb Europas sollten nach dem Krieg verbessert und gesichert werden. Die Initiativen während den Anfängen der europäischen Integration beschränkten sich deshalb ausschließlich auf den wirtschaftlichen Bereich. So beinhaltete der Vertrag der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS/Montanunion) von 1951 keinerlei Regelungen bezüglich der Gesundheitspolitik. Es war nur die Unterstützung der Forschung und Kooperation im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit der Beschäftigten in der Kohl- und Stahlindustrie vorgesehen. Die Römischen Verträge von 1957, welche die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) gründeten, trafen lediglich Vereinbarungen zum sozialen Schutz der Wanderarbeitnehmer und die Unterstützung der Forschung und Kooperation im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit durch die Kommission. Der EWG-Vertrag enthielt zwar sozialpolitische Elemente, jedoch wurde davon ausgegangen, dass sich durch die Schaffung eines gemeinsamen Marktes auch die Lebensbedingungen angleichen würden und deshalb eine Gesetzgebung auf europäischer Ebene nicht notwendig sei.⁴ Erstmals wurde der Gesundheitsschutz als Zielsetzung 1987 in der Einheitlichen Europäischen Akte (EEA) erwähnt. Darüber hinaus war der Ministerrat nunmehr ermächtigt Mindeststandards durch Richtlinien zum Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt zu erlassen. Dies wurde auch sowohl durch die Einführung der Entscheidung mit qualifizierter Mehrheit beim Erlass von Richtlinien und im Bereich der Gesundheitspolitik als auch durch die Etablierung des Grundsatzes der gegenseitigen Anerkennung von Rechtsvorschriften begünstigt. Zudem wurden der Dialog zwischen den Sozialpartnern und der Europäische Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) eingeführt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Ratifizierung der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer zu nennen, welche ebenfalls das Thema Gesundheitsschutz und Sicherheit in der Arbeitsumwelt behandelt, jedoch nie Bindungswirkung für die Mitgliedstaaten entfaltete.

⁴ Vahlpahl, Europäische Sozialpolitik, 2007, S. 98.

b) Gründung der EU – Vertrag von Maastricht

1993 wurde mit dem Maastrichter Vertrag die Europäische Union gegründet und der Binnenmarkt mit dem freien Verkehr von Waren, Dienstleistungen, Kapital und Arbeitskräften geschaffen. Aufgrund der Ablehnung des Vereinigten Königreichs wurden in den Vertrag von Maastricht keine sozialpolitischen Regelungen aufgenommen. Aus diesem Grund schlossen die anderen Mitgliedstaaten als Annex zum EG-Vertrag die Vereinbarung über die Sozialpolitik, welche es diesen Staaten als Vorgänger zu einer Verstärkten Zusammenarbeit, welche heute in Art. 20 EUV geregelt ist, ermöglichte, zur Umsetzung von Beschlüssen auf die Verfahren und Organe des EG-Vertrages zurückzugreifen. Die Gesundheitspolitik wurde dahingehend berücksichtigt, dass ein hohes Gesundheitsschutzniveau in die allgemeine Liste der Tätigkeiten der EU aufgenommen und der Artikel 129 EGV formuliert wurde. Zudem sollte der Gesundheitsschutz in allen Politikbereichen mit bedacht werden. Verfahrenstechnisch konnte die Kommission nunmehr die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten fördern und unterstützen sowie das Europäische Parlament bei Entschlüssen mitentscheiden. Insgesamt stand die Beschäftigungsfrage im Vordergrund der europäischen Sozialpolitik. Jedoch erwartete man, dass durch die Binnenmarktcompatibilität spillover-Effekte entstehen, die dazu führen, dass die nationalen sozialpolitischen Systeme die notwendigen Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen schaffen.⁵

c) Vertrag von Amsterdam

Der Vertrag von Amsterdam von 1999 integrierte die Vereinbarung zur Sozialpolitik in das Vertragswerk. Damit endete das sogenannte Opt-out des Vereinigten Königreichs. Im Bereich der Beschäftigungspolitik wurde erstmals das Verfahren der Offenen Methode der Koordinierung vorgesehen. Die Neuregelungen des Amsterdamer Vertrages sahen vor, dass alle politischen Entscheidungen der EU auf ihre Gesundheitsverträglichkeit überprüft werden. Artikel 152 EGV (früher Art. 129 EGV) ließ entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip des damaligen Art. 5 EGV die Organisationskompetenz im Bereich des Gesundheitswesens bei den Mitgliedstaaten und beschränkte die Rechtsetzungskompetenz der EG auf den sachlichen Bereich der öffentlichen Gesundheit. Neben der Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus wurden präventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen der Gesundheitsgefährdung (wie etwa Rauchen, Alkohol, Drogenmissbrauch) als Ziele formuliert. 1999 wurde die Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz errichtet.

d) Vertrag von Nizza

Im Jahr 2000 wurde im Bereich der Sozialpolitik die Beschlussfassung durch Art. 137 Abs. 2 EGV erleichtert. Dieser sah vor, dass nur noch für den Kernbereich der sozialen Sicherheit und des sozialen Schutzes das Einstimmigkeitsprinzip galt, ansonsten wurden die Beschlüsse im Mitentscheidungsverfahren gefasst, so dass der Rat mit qualifizierter Mehrheit beschließen konnte. Zudem wurde in den Katalog von Art. 137 EGV die „Modernisierung der Systeme des sozialen Schutzes“ aufgenommen. In diesem Bereich konnte die Gemeinschaft unterstützend und ergänzend neben den Mitgliedstaaten tätig werden. Eine Harmonisierung der rechtlichen Vorschriften der Mitgliedstaaten wurde jedoch ausgeschlossen. Die Europäische Sozialagenda legte Grundsätze der Europäischen Sozialpolitik fest. Darüber hinaus wurde die Charta der Grundrechte der Europäischen Union verabschiedet, welche die ärztliche Versorgung garantiert. Nach wie vor beschränkte sich die Europäische Gesundheitspolitik jedoch auf Initiativen des Gesundheitsschutzes.

e) Vertrag von Lissabon

Nach einem langen Ringen um eine Verfassung für Europa trat der Vertrag von Lissabon am 1. Dezember 2009 nach der Ratifikation durch alle 27 Mitgliedstaaten in Kraft. Er reformiert die Verträge und versucht die Struktur der rechtlichen und politischen Grundlagen an die Bedürfnisse der nunmehr 27 Mitgliedstaaten anzupassen. Der EUV erfährt einige Änderungen, wohingegen der EGV durch den teils inhaltsgleichen AEUV abgelöst wird.

⁵ Lamping, Auf dem Weg zu einem postnationalen Sozialstaat? Die Sozialpolitik der Europäischen Union, in: Schubert/ Hegelich/ Bazant (Hrsg.), Europäische Wohlfahrtssysteme, 2008, S. 595, 604.

Wesentliche Neuerungen durch den Vertrag von Lissabon sind die rechtliche Verschmelzung von EU und EG, die Anwendbarkeit des Mitentscheidungsverfahrens auf die polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit in Strafsachen, die stärkere Beteiligung der nationalen Parlamente bei der EU-Rechtsetzung, die Europäischen Bürgerinitiative, der Kompetenzausbau des Hohen Vertreters der EU für Außen- und Sicherheitspolitik und die Einführung eines Europäischen Auswärtigen Dienstes, die Rechtsverbindlichkeit der EU-Grundrechtecharta sowie die erstmalige Regelung des Austrittes aus der EU.

Im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik wurde der Kompetenzbereich der EU dahingehend ausgedehnt,⁶ dass sie nunmehr über eine ergänzende (Art. 6 lit. a AEUV), aber auch über eine geteilte (Art. 4 Abs. 2 lit. k AEUV) Zuständigkeit verfügt. Art. 168 AEUV ergänzt den ehemaligen Art. 152 EGV um die *„Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren*. Darüber hinaus wird erstmals *„die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, die darauf abzielt, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern“*, normiert. Die EU wird ermächtigt Maßnahmen zum Gesundheitsschutz zu treffen. Sie kann entweder in andere Politikbereiche zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus eingreifen, ergänzend neben der nationalen Politik Maßnahmen nach Art. 168 AEUV treffen oder bei gemeinsamen Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit einer selbständigen Gesundheitspolitik nachgehen. Erstmals wurde in der Charta der Grundrechte der EU der Gesundheitsschutz berücksichtigt.

Der Vertrag von Lissabon wird als wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zu einer Sozialunion, falls eine solche eine Mehrheit finden sollte, gesehen. Zumindest werden die zahlreichen sozialen Zugeständnisse bzw. Grundsätze im Vertrag als ein Bekenntnis zu einem sozialen Europa bewertet. Mit dem Aufbau einer europäischen Identität bei den Bewohnern der Mitgliedstaaten trifft die Wirtschaftsunion auf ihre Grenzen, so dass nunmehr von einer fortschreitenden Sozialunion identitätsstiftende Impulse ausgehen sollen.⁷ Im Ergebnis wird deshalb im Vertrag von Lissabon eine Korrektur des Binnenmarktmodells, welches bisher nur eine beschränkte soziale Dimension vorsah, hin zu einem möglichen Entwurf eines ganzheitlichen Europäischen Sozialmodells gesehen.⁸

2. Europäische Sozial- und Gesundheitspolitik

Unter Europäischer Sozialpolitik versteht man alle sozialpolitischen Maßnahmen der EU-Institutionen, welche mittel- aber auch unmittelbare Auswirkungen auf die nationale Sozialpolitik der Mitgliedstaaten haben. Sie war zunächst davon geprägt, dass bei der Gründung und Entwicklung der EU die wirtschaftlichen Interessen im Vordergrund standen. Die Sozialpolitik sollte in diesem Zusammenhang die ökonomische Effizienz verbessern⁹ und umfasste als wichtigste Bereiche, auf denen die EU auch momentan tätig ist, die Beschäftigungspolitik, die Antidiskriminierungspolitik, die Gesundheitspolitik und die Strukturförderung durch die Europäischen Sozialfonds.¹⁰ Die Gesundheitspolitik der EU wird demnach als Teil der Europäischen Sozialpolitik angesehen. Kennzeichnend für die Politik auf europäischer Ebene ist, dass sie sowohl konvergierend als auch koordinierend wirkt.

a) Aufgaben und Ziele

Das Europäische Sozialmodell beinhaltet anders als die nationalstaatlichen Modelle kein System der sozialen Sicherung und unterhält deshalb keinen Finanzierungsmechanismus, der Auszahlungen vornehmen könnte bzw. in den einzuzahlen wäre. Aus diesem Grund kommen der Europäischen Sozial- und Gesundheitspolitik andere Aufgaben und Ziele zu, als dies in den nationalen Politiken vorgesehen ist. Sie soll neben der Unterstützung der wirtschaftlichen Integration der EU auch soziale Aspekte in den Fokus rücken, indem sie das bestehende System

⁶ Einen guten Überblick geben Diemel/ Overkämping, Der Vertrag von Lissabon und die europäische Sozialpolitik, in: Leiß (Hrsg.), Die Europäische Union nach dem Vertrag von Lissabon, 2010, S. 176 ff.; Frenz/ Götzkes, Europäische Gesundheitspolitik nach Lissabon, MedR 2010, S. 613 ff.

⁷ Diemel/ Overkämping, (Fn. 6), S. 191.

⁸ Pitschas, Europäisches Sozial- und Gesundheitsrecht "nach Lissabon", NZS 2010, S. 177, 180.

⁹ Ribhegge, Europäische Sozialpolitik, in: Beichelt/ Choluj/ Rowe (Hrsg.), Europa-Studien, 2006, S. 366.

¹⁰ Diemel/ Overkämping, (Fn. 6), S. 179.

ergänzt, modifiziert oder ablöst und so zu Ergebnissen kommt, welche das Wirtschaftssystem aus sich selbst heraus nicht erreichen kann.¹¹

Als Ziele wurden insbesondere die Förderung des wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts, die Herbeiführung eines hohen Beschäftigungsniveaus sowie die Stärkung des sozialen Zusammenhalts (Art. 2 und 3 EUV) benannt. Die EU ist aufgefordert ein hohes Beschäftigungsniveau, ein hohes Maß an sozialem Schutz, die Gleichstellung von Mann und Frau, die Anhebung des Niveaus der Lebenshaltung und der Lebensqualität sowie den sozialen Zusammenhalt herbeizuführen. Es wird versucht auf europäischer Basis gleiche Sozialstandards und Schutzbestimmungen einzuführen, was jedoch bei einigen Mitgliedstaaten mit einem hohen Schutzniveau auf keine große Akzeptanz gestoßen ist, da diese fürchten, dass ihr Niveau entweder von Absenkungen bedroht ist oder ihre Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt wird. Dennoch wurden bereits zahlreiche Impulse auf europäischer Ebene gesetzt, um europaweit überhaupt Schutzvorschriften in bestimmten Bereichen zu erlassen.¹²

Hinsichtlich der Gesundheitspolitik versucht die Kommission drei große Ziele zu erreichen: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung soll optimiert, die Qualität der Versorgung soll verbessert werden und die Gesundheitssysteme sollen langfristig finanzierbar sein.¹³

b) Zuständigkeiten

Innerhalb der Sozial- und Gesundheitspolitik verfügt die Europäische Union über keine ausschließliche Kompetenz. Demnach verbleibt die grundlegende Verantwortung über die Sozial- und Gesundheitspolitik bei den Mitgliedstaaten.¹⁴ Es gilt Art. 4 Abs. 2 lit. k AEUV, welcher die Zuständigkeit zwischen EU und den Mitgliedstaaten unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips im Bereich der gemeinsamen Sicherheitsanliegen im Bereich der öffentlichen Gesundheit teilt. Demnach wird die Union nach Art. 5 Abs. 3 EUV nur dann tätig, „sofern und soweit die Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen von den Mitgliedstaaten weder auf zentraler noch auf regionaler oder lokaler Ebene ausreichend verwirklicht werden können, sondern vielmehr wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen auf Unionsebene besser zu verwirklichen sind.“ Darüber hinaus kann die Union aber auch unterstützend, koordinierend oder ergänzend gemäß Art. 6 lit. a AEUV eingreifen. Dies wird als Regelfall angesehen und erfährt durch die Verweise in Art. 168 AEUV eine Konkretisierung.¹⁵ Innerhalb der ergänzenden Zuständigkeit führt die EU die Politiken der Mitgliedstaaten inhaltlich fort, fördert die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten untereinander und unterstützt deren Tätigkeiten. Dies beschränkt sich jedoch auf die in Art. 168 Abs. 1 UAbs. 2 und 3 AEUV genannten Politikbereiche.¹⁶ Außerdem ist es der EU auch nicht erlaubt, eine eigene von den Mitgliedstaaten differierende Gesundheitspolitik zu verfolgen.¹⁷

c) Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Die Offene Methode der Koordinierung wurde auf dem Gipfeltreffen in Lissabon im Jahr 2000 erstmals erwähnt und entwickelte sich in den letzten Jahren zu einem wichtigen Instrument in der europäischen Politik. Durch diese Methode soll jedoch nicht das Recht harmonisiert werden, insbesondere die unterschiedlichen Sozial- bzw. Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten werden in ihrer Ausrichtung nicht angetastet, vielmehr werden Ziele formuliert, die jeder Mitgliedstaat innerhalb seines eigenen Systems implementieren und umsetzen muss. Hierbei sollen Reformen auf einem informellen Weg erzwungen werden, die sich der nationalen Handlungsinstrumente

¹¹ Koffas, Die Sozialpolitik der EU, in: Birgmeier/ Mührel/ Schmidt (Hrsg.), Sozialpädagogik und Integration, Beiträge zu theoretischen Grundlagen, Handlungskonzepten und Arbeitsfeldern, 2010, S. 375, 379 ff.

¹² Puetter, Die Wirtschafts- und Sozialpolitik der EU, 2009, S. 144.

¹³ Zimmermann, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems, 2008, S. 77.

¹⁴ Puetter, (Fn. 12), S. 175; Vahlpahl, (Fn. 4), S. 45.

¹⁵ Lenz/ Borchardt/ Fischer, EU-Verträge – Kommentar, 5. Aufl., 2010, Art. 168 AEUV, Rn. 11.

¹⁶ Hierauf wird in B. II. 1. a) weiter eingegangen.

¹⁷ Grabitz/ Hilf, Das Recht der Europäischen Union – Kommentar, 40. Aufl., 2009, Art. 152 EG, Rn. 25.

bedienen.¹⁸ Die Nationalstaaten sollen einem „*hohen Transparenz-, Rechtfertigungs- und Veränderungsdruck ausgesetzt*“ werden.¹⁹

Ihren Ursprung hat die OMK im Bereich der Wirtschaftslehre. Sie wurde aber bisher nicht umfassend rechtlich geregelt, sondern nur das Verfahren detailliert im Bereich der Beschäftigungspolitik nach Art. 148 ff. AEUV beschrieben. Hierzu werden im Rat mit Unterstützung der Kommission gemeinsame Leitlinien bzw. Ziele festgelegt. Dabei wirkt das Europäische Parlament mit. Es werden zudem auch Indikatoren (benchmarks) erarbeitet, die gute Beispiele (best practice) identifizieren und so durch einen Vergleich Verbesserungen aufgezeigt werden können. In regelmäßigen Abständen werden die Fortschritte der Mitgliedstaaten in Berichten festgestellt. Die Umsetzung der Leitlinien verbleibt in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten und wird von diesen in Aktionsplänen fixiert.²⁰

Die OMK gewährleistet zwar die Eigenständigkeit der Mitgliedstaaten in den Bereichen, die sie aufgrund ihrer originär nationalen Verantwortlichkeit nicht an die EU übertragen haben, aber sie bringt auch Probleme mit sich. So wird immer wieder kritisiert, dass die Festlegung der Leitlinien nicht in einem breit angelegten Diskurs, welcher die nationalstaatlichen Interessen, Besonderheiten und Definitionen berücksichtigt, erfolgt, sondern im Ministerrat auf europäischer Ebene. Darüber hinaus krankt die OMK in ihrer Umsetzung an einigen Schwierigkeiten; entweder sind Indikatoren für bestimmte Bereiche (noch) nicht vorhanden oder die Vergleichbarkeit der vorhandenen Indikatoren ist nicht gegeben, da die nationalen Sachverhalte in ihrer Ausprägung unterschiedlich sind.²¹ Ferner wird bezweifelt, dass die OMK zu einem „Europäischen Gesundheitsmodell“ führt, da dieser Politikbereich großen Einfluss auf die nationale Identität der Mitgliedstaaten hat. Im Verhältnis zwischen Bürger und Staat spielt die Gesundheitspolitik eine entscheidende Rolle, so dass die Nationalstaaten diesen sensiblen Bereich nicht ohne große Einflussmöglichkeiten der Europäischen Politik überlassen werden.²²

Dennoch haben sich die Mitgliedstaaten 2004 entschlossen, auch in der Gesundheitspolitik die OMK anzuwenden.²³ Dies wurde vor allem dadurch beeinflusst, dass es sich zunächst um einen freiwilligen Schritt mit einer gewissen Unverbindlichkeit gehandelt hatte und die Vorteile der OMK als Lern- und Informationshilfsmittel politisch nicht ausgeblendet werden konnten.²⁴

d) Initiativen und Programme

Zunächst sind primär die Mitgliedstaaten verpflichtet die Hauptrollen im sozialen Bereich zu übernehmen, jedoch sind diese nur begrenzt leistungsfähig, so dass sie diese Aufgabe der Daseinsvorsorge auch an freie Träger, ehrenamtliche Organisationen und gemeinnützige Vereine weitergegeben haben. Vor diesem Hintergrund engagiert sich die Europäische Union neben der Verabschiedung von Rechtsvorschriften, auf die erst im nächsten Abschnitt ausführlich eingegangen wird, mit Fördermaßnahmen, Empfehlungen und strategischen Ansätzen im Bereich der Gesundheitspolitik,²⁵ die auf die Etablierung von vergleichbaren Sozialstandards und Lebensverhältnissen abzielen.²⁶

Bereits im Jahr 2000 hat die Kommission eine Mitteilung über die **gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft** vorgelegt, die ein Aktionsprogramm und Maßnahmen in anderen

¹⁸ Eichenhofer, OMK und Sozialpolitik der Mitgliedstaaten, in: GVG (Hrsg.), EU-Gesundheitspolitik im nicht-harmonisierten Bereich: Aktuelle Entwicklungen der Offenen Methode der Koordinierung, 2010, S. 59.

¹⁹ Lamping, Möglichkeiten und Grenzen der IMK als Steuerungsinstrument – ein politikwissenschaftlicher Zwischenruf, in GVG, (Fn. 18), S. 87.

²⁰ Meusch, Vielfalt als Chance? – Die Offene Methode der Koordinierung (OMK), in: Klusen/ Meusch, Wettbewerb und Solidarität im europäischen Gesundheitsmarkt, S. 69 ff.

²¹ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens, 2002, S. 8 ff.

²² Lamping, (Fn. 19), S. 93 f.

²³ Communication from the Commission, Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination”, COM (2004) 304 fin.

²⁴ Lamping, (Fn. 19), S. 96.

²⁵ Vahlpahl, (Fn. 4), S. 106; Lenz/Borchhardt/Fischer, (Fn. 15), Art. 162 AEUV, Rn. 26 ff.

²⁶ Koffas, (Fn. 11), S. 376; Vgl. für einen guten Überblick die weiterführende Website http://ec.europa.eu/health/index_de.htm (30.07.2011) der Europäischen Kommission.

Gemeinschaftspolitiken vorsah, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu erreichen.²⁷ Die EU hat daraufhin 2007 in einem Weißbuch einen strategischen Ansatz für einen verstärkten Gesundheitsschutz entwickelt (**Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013**).²⁸ Hierbei wurden zuerst die zukünftigen Herausforderungen, wie etwa der demographische Wandel aufgrund der Überalterung der Gesellschaft, umfassende Gesundheitsgefahren durch Pandemien, Bioterrorismus und Klimawandel sowie der Technologiefortschritt in der Gesundheitsversorgung identifiziert. Im Weiteren wurden der Strategie vier Prinzipien zugrunde gelegt, die bei der Zielverwirklichung beachtet werden sollen. Demnach soll die Strategie auf gemeinsamen Wertvorstellungen im Gesundheitsbereich beruhen, den hohen Stellenwert von Gesundheit für die Gesellschaft beachten, das Thema Gesundheit in allen Gemeinschaftspolitiken berücksichtigen und der EU eine Führungsrolle in der globalen Gesundheitspolitik übertragen. Als Ziele wurden die Gesundheitsförderung insbesondere im Hinblick auf die alternde Bevölkerung, die Verbesserung des Schutzes vor Gesundheitsgefahren und die Patientensicherheit sowie die Entwicklung von dynamischen Gesundheitssystemen und neuen Technologien definiert.

Im Rahmen dieser Strategien ist zudem das **Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit** für den Zeitraum 2003-2008²⁹ mit einem **2. Aktionsprogramm „Together for Health“ von 2008-2013** fortgesetzt.³⁰ Das Programm hat bisher mindestens 300 Projekte und andere Aktionen finanziert und verfügt über einen finanziellen Rahmen von 321,5 Mio. Euro, wobei das Prinzip der Kofinanzierung dominiert. Das Programm wird von der Kommission (DG SANCO) und der Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (EHAC – Executive Agency for Health and Consumers) geleitet. Mit diesem Programm soll der Gesundheitsschutz für Bürger dadurch verbessert werden, dass man auf eine Grippepandemie vorbereitet ist und die Sicherheit von Substanzen menschlichen Ursprungs und Blut gewährleistet wird. Im Rahmen der Gesundheitsförderung und des Abbaus von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung werden Projekte gefördert, die die Suchtprävention betreffen, AIDS vorbeugen und die eine gesunde Lebensweise sowie die geistige Gesundheit fördern. Darüber hinaus sollen gesundheitliche Informationen und Wissen gesammelt und verbreitet werden. In diesem Kontext werden Netzwerke, die Wissen und bewährte Verfahren austauschen, sowie ein Europäisches Gesundheitsinformationssystem unterstützt.³¹

Zudem existieren noch zwei weitere spezifische Aktionsprogramme. Das Programm zur **Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen sowie zum Schutz von Opfern und gefährdeten Gruppen für den Zeitraum 2007-2013 (Daphne III)**³² finanziert als Teil des generellen Programms „Grundrechte und Justiz“ Aktionen der Kommission, grenzüberschreitende Projekte und Tätigkeiten von öffentlichen oder privaten Organisationen. Das Programm **Drogenprävention und -aufklärung**³³ kommt für Maßnahmen und Aktionen in diesem Bereich auf.

Innerhalb der **Strukturfonds** werden auch Initiativen im Bereich Gesundheit unterstützt. Ziel dieser Kohäsionspolitik ist Konvergenz (Solidarität zwischen den Regionen), regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung sowie europäische territoriale Zusammenarbeit (vormals Interreg) zu fördern.³⁴ Hierzu stellt unter anderem der **Europäische Fond für regionale Entwicklung (EFRE)** ca. 5 Mio. Euro für die Gesundheitsinfrastruktur zur Verfügung,³⁵ um die wirtschaftliche und soziale Einheitlichkeit innerhalb der EU

²⁷ Mitteilung der Kommission über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft, Vorschlag für einen Beschluss des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2001-2006), KOM (2000), 285 endg.

²⁸ Kommission, Weissbuch, *Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013*, KOM (2007), 630 endg. Beschluss Nr. 1786/2002/EG vom 23.09.2002, ABl 2002 L 271/1.

²⁹ Beschluss Nr. 1350/2007/EG vom 23.10.2007, ABl. 2007 L 301/3.

³⁰ Vgl. DG Health & Consumers/ EAHC, Öffentliche Gesundheit, http://ec.europa.eu/eahc/documents/about/Flyer/100608_DinALang_Flyer%20EAHC_HEALTH_DE_dmsr.pdf (30.07.2011)

³¹ Beschluss Nr. 779/2007/EG des EP und des Rates v. 20.6.2007, ABl. 2007 L 173/19.

³² Beschluss Nr. 1150/2007/EG des EP und des Rates v. 25.9.2007, ABl. 2007 L 257/23.

³³ Eine detaillierte Übersicht über Ressourcen und Finanzierungsprioritäten gibt der Bericht über den Einsatz von Strukturfonds im Gesundheitsbereich von Watson, DG Health & Consumer (Hrsg.), *Health and Structural Funds in 2007-2013: Country and regional assessment*.

³⁴ Art. 4 der VO (EG) Nr. 1080/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 05.07.2006 über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1783/1999: „[...] Hierzu sind in erster Linie die nachstehenden Prioritäten zu verfolgen, wobei die Wahl des jeweiligen politischen Instrumentariums von den jeweiligen Gegebenheiten in den

zu fördern, indem er regionale Ungleichheiten korrigiert. Der Leistungsumfang erstreckt sich auf direkte Investitionen in Unternehmen, in die allgemeine Infrastruktur oder durch technische Hilfeleistungen. Der **Europäische Sozialfonds (ESF)**,³⁶ der auf die Verbesserung der Beschäftigungssituation in der EU abzielt, vergibt Mittel im Bereich Gesundheit für Projekte im Bereich des gesunden Alterns, der Arbeitsgesundheit und der allgemeinen Gesundheitsförderung. Auch im Rahmen des **Kohäsionsfonds**,³⁷ der den Mitgliedstaaten hilft, deren Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner unter 90 % des EU-Durchschnitts liegt, ihren wirtschaftlichen und sozialen Rückstand zu verringern und ihre Wirtschaft zu stabilisieren, werden Projekte im Bereich der Gesundheit mit dem Ziel der „Konvergenz“ unterstützt.

Im Bereich Gesundheit sind außerdem insbesondere die Projekte **JASPERS**³⁸ und **EUREGIO III**³⁹ zu nennen, die den Aufbau von Gesundheitsinfrastruktur vorantreiben. Letzteres unterstützt die Nutzung von Strukturfonds im Bereich Gesundheit. Ziel ist es den Erfolg und die besten Projekte der EUREGIOs⁴⁰ zu identifizieren und zu kommunizieren, so dass die Strukturfonds effektiv in Anspruch genommen werden, um Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung abzubauen. EUREGIO III (EIII) ist als Schlüsselressource anzusehen, welche Mitgliedstaaten, regionalen und lokalen Körperschaften und Akteuren hilft Projekte zu entwickeln, zu beantragen und umzusetzen.

Schließlich verfolgt die EU unter dem Motto „**Health in all policies**“ den Ansatz Gesundheitsgesichtspunkte in allen Politiken zu implementieren.⁴¹ Dies ist Teil der oben beschriebenen Gesundheitsstrategie. Es wird versucht, insbesondere in den Bereichen Sozial- und Regionalpolitik, Steuern, Umwelt, Bildung und Forschung, Gesundheitsfaktoren zu berücksichtigen. Um eine effektive Umsetzung zu gewährleisten, ist aber eine solche Herangehensweise auch in den nationalen, regionalen und lokalen Politiken notwendig. Es ist darauf hinzuweisen, dass Gesundheitsaspekte bereits in der Sozialagenda von 2008⁴² genannt werden und auch in der Strategie der Kommission für Europa 2020⁴³ ihren Niederschlag gefunden haben.

Mitgliedstaaten abhängt: [...] 11. Investitionen in das Gesundheitswesen und in die soziale Infrastruktur, die zur regionalen und lokalen Entwicklung beitragen und die Lebensqualität erhöhen.“; Art.6, Nr.1: „Im Rahmen des Ziels „Europäische territoriale Zusammenarbeit“ konzentriert der EFRE seine Unterstützung auf die folgenden Prioritäten: 1. Entwicklung von grenzübergreifenden wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Tätigkeiten durch gemeinsame Strategien für eine nachhaltige territoriale Entwicklung, in erster Linie durch [...] e) Ausbau der Zusammenarbeit, der Kapazitäten und der gemeinsamen Nutzung von Infrastrukturen insbesondere in Bereichen wie Gesundheit, Kultur, Tourismus und Bildung.“

³⁶ Art. 3 der VO (EG) Nr. 1081/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 05.07.2006 über den Europäischen Sozialfonds und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1784/1999: *“Im Rahmen der Ziele Konvergenz und Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung unterstützt der ESF Aktionen in den Mitgliedstaaten, die auf die nachstehend aufgelisteten Schwerpunkte ausgerichtet sind: a) Steigerung der Anpassungsfähigkeit der Arbeitnehmer, Unternehmen und Unternehmer zur besseren Vorwegnahme und Bewältigung des wirtschaftlichen Wandels, insbesondere durch: ii) Entwicklung und Verbreitung innovativer und produktiverer Formen der Arbeitsorganisation, auch im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, [...]“*

³⁷ VO (EG) Nr. 1084/2006 des Rates vom 11.07.2006 zur Errichtung des Kohäsionsfonds und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1164/94.

³⁸ <http://www.jaspers-europa-info.org/> (30.07.2011).

³⁹ <http://www.euregio3.eu/> (30.07.2011).

⁴⁰ *“[...] das Konzept der Euregio [wird] in Europa mehrfach (Euregionen) genutzt. Ziel ist es, die durch nationale Randlagen entstandenen Rückstände in mehreren Bereichen (z.B. Wirtschaft und Verkehr, Arbeitsmarkt, Technologietransfer, Umwelt, Tourismus, Kultur etc.) aufzuholen. Euregionen unterscheiden sich in ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung, der Reichweite ihrer Handlungskompetenzen sowie ihrem organisatorischen Aufbau. Die Mitgliedschaft in Euregionen wird meist von kommunalen Gebietskörperschaften, manchen Orten auch Kammern oder sonstigen Interessenverbänden ausgeübt, und ist stets freiwillig. Organisatorisch sehen sich viele Euregionen mit dem Problem konfrontiert, dass die Errichtung grenzüberschreitender öffentlich-rechtlicher Körperschaften an den meisten zwischenstaatlichen Grenzen der EU aus staats- und völkerrechtlichen Gründen nicht möglich ist. Dem Handlungsspielraum einer Euregio sind ferner wegen ihrer Stellung zwischen den staatlichen Verwaltungsebenen der EU-Mitgliedsstaaten sowie der häufig schwachen finanziellen Ausstattung enge Grenzen gesetzt. Erschwerend wirken sich zusätzlich interregionale politische Divergenzen, der Argwohn der um Souveränitätsverzicht fürchtenden nationalen Zentren, sprachliche und legislative Unterschiede sowie kulturelle Ressentiments aus.“*, Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Euregio, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/10028/euregio-v5.html> (30.07.2011).

⁴¹ Vgl. auch http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm (30.07.2011).

⁴² Mitteilung der Kommission, Eine erneuerte Sozialagenda: Chancen, Zugangsmöglichkeiten und Solidarität im Europa des 21. Jahrhunderts, KOM (2008), 412 endg.

⁴³ Mitteilung der Kommission, Europa 2020 – Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum, KOM (2010), 2020 endg.

3. Zusammenfassung

Wie dargestellt, hat sich die Europäische Union von einer reinen Wirtschafts- zu einer Wertegemeinschaft durch die Einbeziehung von sozialen Komponenten in ihre Politiken entwickelt. Dennoch sind ihrem Engagement Grenzen gesetzt, da sie nur in den Bereichen umfassend tätig werden kann, die ihr durch die Verträge übertragen worden sind. Gerade die Gesundheitspolitik wird als nationale Angelegenheit aufgefasst, welche keiner Einmischung von europäischer Seite bedarf, wobei vielmals außer Acht gelassen wird, dass ein Vorgehen auf europäischer Ebene oftmals effektiver und umfassender sein könnte und dies nicht nur auf Bereiche wie Seuchenbekämpfung, Drogenprävention und technologische Zusammenarbeit beschränkt werden sollte.

II. Rechtliche Grundlagen

Im Laufe der Jahre erfuhr das Gemeinschafts- nunmehr Unionsrecht zahlreiche Anpassungen und Fortentwicklungen im Rahmen positiver oder negativer Integration.⁴⁴ Unter letzterem versteht man die Überwindung von Binnenmarktbeschränkungen durch die Harmonisierung bzw. Angleichung der nationalen Vorschriften. Die positive Integration vereinheitlicht Recht auf Gemeinschaftsebene, wie etwa das Zulassungsrecht für Lebensmittel. Im Weiteren sollen sowohl die primär- als auch sekundärrechtlichen Regelungen der Union, die für den Gesundheitsbereich einschlägig sind, vorgestellt werden.

1. Primärrecht

Unter Primärrecht wird das Recht der Union verstanden, welches direkt von den Mitgliedstaaten geschaffen wurde. Hierunter fallen die Gründungsverträge einschließlich ihrer Anhänge und Protokolle sowie die Verträge, die die Gründungsverträge abändern. Sekundärrecht wird dahingegen all das Recht genannt, welches aufgrund dieser Verträge erlassen worden ist.⁴⁵

a) Beitrag der Union zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus, Art. 168 AEUV

Der Lissabonner Vertrag befasst sich unter dem Titel XIV mit dem Gesundheitswesen. Dieser Titel enthält als spezielle Regelung nur den Art. 168 AEUV (früher Art. 152 EGV), welcher verschiedenste Aufgaben und Zuständigkeiten aufzählt, wobei diese alle ausschließlich dem „gesundheitsbezogenen Vorsorge- und Gefahrenabwehrrecht“ zuzuordnen sind.⁴⁶ Gesundheit wird in der Vorschrift nicht definiert, jedoch verwendet der EuGH die Definition der Satzung der WHO, welche „Gesundheit“ als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheiten und Gebrechen“⁴⁷ ansieht.⁴⁸ Es ist mittlerweile allgemein anerkannt, dass der Begriff weit zu verstehen ist, sich aber nur auf die öffentliche Gesundheit und nicht die Einzelner erstreckt. Demnach sind auch keine Maßnahmen, die auf die Wiederherstellung der Gesundheit abstellen, erfasst.⁴⁹

Die EU verfolgt dennoch eine sowohl horizontale, als auch vertikale Gesundheitspolitik. Sie ist in Art. 168 Abs. 1 UAbs. 1 verpflichtet, „[...] bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen [...] ein hohes Gesundheitsschutzniveau sicherzustellen“. Diese Querschnittsklausel nimmt im Rahmen der vertikalen Gesundheitspolitik die EU und ihre Akteure in die Pflicht bei der Verfolgung von anderen Vertragszielen, das Gesundheitsschutzniveau nicht aus den Augen zu verlieren und eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung vorzunehmen.⁵⁰ Als Ziele bzw. Aufgaben der EU, die sie ergänzend zu den Mitgliedstaaten wahrnimmt, werden in Abs. 1 UAbs. 2 und 3 „die Verbesserung der Gesundheit der

⁴⁴ Krajewski, Grenzüberschreitende Patientenmobilität in Europa zwischen negativer und positiver Integration der Gesundheitssysteme, EuR 2010, S. 165.

⁴⁵ Mickel/ Bergmann, Handbuch der Europäischen Union, 5. Auflage, 2003, Stichwort Gemeinschaftsrecht.

⁴⁶ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, EUV – AEUV, Kommentar, Art. 168 AEUV, Rn. 1.

⁴⁷ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“, WHO, Constitution of the World Health Organization, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (30.07.2011).

⁴⁸ EuGH, Rs. C-84/94, *Vereinigtes Königreich/Rat*, Slg. 1996, I-5793, Rn. 15.

⁴⁹ Lenz/ Borchardt/ Fischer, (Fn. 15), Art. 168 AEUV, Rn. 4, 5.

⁵⁰ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 46), Art. 168 AEUV, Rn. 10.

Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit [...]“ genannt. Umfasst sind hierbei „die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten, wobei die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert werden; [...] die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren“. Darüber hinaus werden Maßnahmen der Mitgliedstaaten „zur Verringerung drogenkonsumbedingter Gesundheitsschäden einschließlich der Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen“ ergänzt.

Absatz 2 beschäftigt sich vorwiegend mit der Rolle der Union innerhalb des Gesundheitswesens und übergibt ihr die ergänzende Zuständigkeit in den oben genannten Bereichen, wobei aber in UAbs. 2 eine Koordinierungspflicht mittels der Offenen Methode der Koordinierung postuliert wird. Die internationale Zusammenarbeit wird in Abs. 3 geregelt. Interessant sind die Maßnahmen, die Abs. 4 im Rahmen einer geteilten Zuständigkeit zulässt und die sich mit gemeinsamen Sicherheitsanliegen beschäftigen, da diese im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren erlassen werden. Hierunter fallen Schutzmaßnahmen für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate (lit. a), Maßnahmen im Bereich des Veterinärwesens und Pflanzenschutz (lit. b) sowie Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medizinprodukte (lit. c). Die EU kann neben diesen Maßnahmen auch Fördermaßnahmen unter dem Ausschluss jeglicher Harmonisierung vornehmen (Abs. 5) und Empfehlungen abgeben (Abs. 6).

Es ist hervorzuheben, dass Abs. 7 ausdrücklich die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten respektiert und „[...] bei der Tätigkeit der Union [...] die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt [wird]. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. [...]“ Diese Kompetenzzugangsgrenze erlangt insbesondere Bedeutung außerhalb des Art. 168 AEUV, da sie auch auf andere Kompetenznormen anwendbar ist.⁵¹

Für die Grenzgänger-Problematik ist insbesondere Absatz 2, der sich mit der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten auseinandersetzt, von Bedeutung, denn demnach fördert die EU die Koordinierung der nationalen Gesundheitspolitik durch die OMK und setzt Schwerpunkte im Hinblick auf den Zugang, die Qualität und die Nachhaltigkeit.⁵²

b) Freizügigkeit der Arbeitnehmer, Art. 45 ff. AEUV

Die Grundfreiheiten, welche den Binnenmarkt sicherstellen, geben Marktzutritts- und Marktfunktionsbedingungen vor, an denen auch Vorhaben im Gesundheitsbereich zu messen sind.⁵³ Es ist dabei besonders zu beachten, dass diese nur einschlägig sind, wenn ein grenzüberschreitender Bezug vorliegt, somit also der Binnenmarkt berührt ist.

Artikel 45 AEUV garantiert im Rahmen des freien Personenverkehrs die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der EU. Arbeitnehmer dürfen in Bezug auf die Entlohnung, die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen nicht schlechter behandelt werden als die eigenen Staatsangehörigen. Als notwendige Folge einer solchen freien Wahl des Arbeitsplatzes im EU-Ausland, ist die Inanspruchnahme von Sozialleistungen diskriminierungsfrei zu regeln. Die Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer erfolgt durch Art. 48 AEUV im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren.

„Das Europäische Parlament und der Rat beschließen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen; zu diesem Zweck führen sie insbesondere ein System ein, das zu- und abwandernden Arbeitnehmern und Selbstständigen sowie deren anspruchsberechtigten Angehörigen Folgendes sichert:

a) die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;

⁵¹ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 46), Art 168 AEUV, Rn. 25. Die Vorgängernorm beschränkte die Anwendung auf „die Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung“ (Art. 152 Abs. 5 Satz 1 EGV).

⁵² Vgl. auch <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=754&langId=de> (30.07.2011).

⁵³ Lamping, (Fn. 5), S. 604.

b) die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen. [...]“

Hierauf werden auch die Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. die Nachfolgeverordnung (EG) Nr. 883/2004 gestützt.⁵⁴ Diese ermöglichte zunächst nur Arbeitnehmern die Ausübung ihrer Arbeitnehmerfreizügigkeit, ohne Einschnitte bei sozialrechtlichen Aspekten befürchten zu müssen, und ist nunmehr aber auch auf andere Personen anwendbar.⁵⁵

c) Niederlassungsfreiheit, Art. 49 ff. AEUV

Die Niederlassungsfreiheit gewährt den freien Personenverkehr in Bezug auf selbständig Erwerbstätige bzw. Gesellschaften, welche sich zur Teilnahme am Wirtschaftsleben in einem anderen Mitgliedstaat niederlassen. Es ist nach Art. 49 Abs. 2 AEUV sowohl die Aufnahme und Ausübung selbständiger Erwerbstätigkeiten als auch die Gründung und Leitung von Unternehmen umfasst. Diese Regelung gilt ebenfalls für Ärzte oder andere medizinische Berufe, die selbständig ausgeübt werden. Um die Freizügigkeit dieser Berufsgruppe zu garantieren, ist die Anerkennung von Berufsabschlüssen und Diplomen zwingend notwendig. Diese richtet sich mittlerweile nach Art. 53 Abs. 1 AEUV und der Berufsanerkennungs-Richtlinie.⁵⁶

d) Dienstleistungsfreiheit, Art. 56 ff. AEUV

Bei der Dienstleistungsfreiheit handelt es sich um die für den Gesundheitsbereich relevanteste Vorschrift. Dienstleistungen werden gemäß Art. 57 AEUV „[...] in der Regel gegen Entgelt erbracht [...], soweit sie nicht den Vorschriften über den freien Waren- und Kapitalverkehr und über die Freizügigkeit unterliegen“. Insbesondere gelten gewerbliche, kaufmännische, handwerkliche und freiberufliche Tätigkeiten als Dienstleistungen. Folglich unterfallen auch medizinische Behandlungen dem Begriff der Dienstleistungen.

Es gibt vier verschiedene Arten der Dienstleistungsfreiheit, die durch Art. 56 AEUV garantiert werden:

- **Aktive Dienstleistungsfreiheit:** Der Dienstleistungserbringer erbringt seine Dienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat als seinem Heimatstaat (Arzt aus Deutschland behandelt Patient in Frankreich).
- **Passive Dienstleistungsfreiheit:** Der Dienstleistungsempfänger empfängt die Dienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat als seinen Heimatstaat (Patient aus Deutschland begibt sich zur Behandlung nach Frankreich).
- **Produktverkehrsfreiheit bzw. Korrespondenzdienstleistungen:** Weder Dienstleistungserbringer noch -empfänger überschreiten die Grenze, sondern nur die Dienstleistung (Patient in Deutschland lässt sich mittels Telemedizin, welche in Frankreich erstellt wird, behandeln).
- **Auslandsbedingte Dienstleistungen:** Dienstleistungsempfänger und Dienstleistungserbringer sind im selben Mitgliedstaat ansässig, jedoch wird die Dienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat erbracht (möglich wenn sowohl Arzt als auch Patient zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, die nur im Ausland erhältlich oder möglich, ins Ausland reisen und dort, dann die Dienstleistung erfolgt, wohl eher selten der Fall).⁵⁷

Nach Art. 56 AEUV sind Beschränkungen der Dienstleistungsfreiheit verboten. Hierunter fallen zum einen Diskriminierungen aufgrund der Staatsangehörigkeit und zum anderen Beschränkungen oder Hindernisse, die trotz unterschiedsloser Geltung, geeignet sind, die Tätigkeit eines in einem anderen Mitgliedstaat ansässigen Dienstleistenden (auch Drittstaatler), der dort regelmäßig gleichartige Dienstleistungen erbringt, zu unterbinden oder zu behindern.⁵⁸

⁵⁴ Vgl. unter B. II. 2. a).

⁵⁵ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 46) Art. 168 AEUV, Rn. 27.

⁵⁶ RL/2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vom 07.09.2005, ABl. 2005, L 255/22.

⁵⁷ Vgl. Geiger/ Khan/ Gotzur, EUV/AEUV – Vertrag über die Europäische Union und Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, Art. 57 AEUV, Rn. 8 ff.

⁵⁸ EuGH, Rs. C-43/93, *Vander Elst*, Slg. 1994, I-3803.

e) Angleichung der Rechtsvorschriften, Art. 114 AEUV

Vorschriften, die die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Inhalt haben, können von der EU in allen Rechtsbereichen erlassen werden, so dass auch das Gesundheitswesen davon erfasst ist.

„Soweit in den Verträgen nichts anderes bestimmt ist, gilt für die Verwirklichung der Ziele des Artikels 26 die nachstehende Regelung. 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. [...]“

Eine Abgrenzung zu Art. 168 AEUV gestaltet sich oftmals schwierig. Jedoch hat das Verbot der Harmonisierung in Art. 168 AEUV keinen Einfluss auf Art. 114 AEUV, wenn es bei der Angleichung von Rechtsvorschriften zugleich auch um den Schutz der Gesundheit geht.⁵⁹ Bei Art. 114 AEUV muss die Verwirklichung des Binnenmarkts nicht nur Neben- sondern Hauptzweck der Vorschrift sein. Wettbewerbsverzerrungen müssen vielmehr spürbar sein und die Vorschrift muss tatsächlich die Bedingungen auf dem Binnenmarkt verbessern. Ist dies der Fall so dürfen die Vorschriften einen erheblichen Einfluss auf die nationalen Gesundheitssysteme bewirken.⁶⁰

f) Wettbewerbsrecht, Art. 101 ff. AEUV

Auch im Gesundheitsbereich spielen die Wettbewerbsregelungen des EU-Rechts eine wichtige Rolle. Insbesondere muss eine Abgrenzung zwischen der Sozialpolitik eines Staates und der privatwirtschaftlichen Tätigkeit in diesem Bereich erfolgen.⁶¹

Im EU-Wettbewerbsrecht werden in Art. 101 AEUV (früher Art. 81 EGV) allgemein Kartelle und in Art. 102 AEUV (früher Art. 82 EGV) der Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung verboten. Diese Regelungen könnten auch für den Gesundheitssektor relevant werden, wenn Krankenhäuser bzw. Krankenkassen fusionieren oder letztere in anderer Weise Einfluss auf den Markt nehmen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass Art. 106 Abs. 2 AEUV (früher Art. 86 EGV) die Regeln des europäischen Wettbewerbsrecht auf öffentliche und monopolartige Unternehmen im Bereich der Daseinsfürsorge überträgt, was auch nationale Sozialversicherungssysteme umfasst. Darüber hinaus können die Vorschriften über die staatlichen Beihilfen nach Art. 107 ff. AEUV (früher Art. 87 ff. EGV) einschlägig sein. Voraussetzung für eine Anwendung der Art. 101 ff. AEUV auf das System der Gesundheitsversorgung wäre, dass es sich bei den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen um „Unternehmen“ im wettbewerbsrechtlichen Sinne handeln müsste. Dies ist vor allem für gesetzliche Krankenversicherungen umstritten. Der EuGH hat seine in der Rechtssache *Höfner und Elser*⁶² entwickelte „Unternehmens“-Definition als *„jede wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit, unabhängig von der Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung“* in verschiedenen Verfahren auf den Sozialversicherungsbereich angewendet und weiterentwickelt.⁶³ Diese Rechtsprechung ist stark ausdifferenziert und es ist für jeden Einzelfall zu prüfen, ob die Art. 101 ff. AEUV überhaupt einschlägig sind.

g) Grundrechtecharta

Des Weiteren ist noch auf die Regelung zum Gesundheitsschutz in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union hinzuweisen. Diese ist seit Inkrafttreten des Lissabon-Vertrages für die EU und die Mitgliedstaaten durch Art. 6 EUV rechtsverbindlich geworden.

Art. 35 GrCh legt fest:

„Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“

⁵⁹ Ebsen, Harmonisierende Rechtssetzungskompetenz der Europäischen Union in der Gesundheitspolitik, in: GVG, (Fn. 18), S. 19.

⁶⁰ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 46), Art 168 AEUV, Rn. 30 f.

⁶¹ Mit weiteren Nachweisen Möller, Europäische Marktfreiheiten im Wettbewerb am Beispiel der stationären Patientenversorgung, 2009, S. 200.

⁶² EuGH, Rs. C-41/90, Höfner und Elser, Slg. 1991, I-1979.

⁶³ Eine umfassende Aufarbeitung ist hier nicht möglich; ein guter Überblick ist bei Möller, (Fn. 61), S. 204 ff. zu finden.

Demnach hat jedermann das Recht auf einen „gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen“, und ist somit Inhaber eines Teilhaberechts.⁶⁴ Gewährleistet werden zum einen präventive und zum anderen heilende Maßnahmen. Es wurde darauf verzichtet eine kostenlose Versorgung für mittellose Anspruchsteller festzulegen, obwohl dies einige Mitgliedstaaten in ihren nationalen Grundrechtskatalogen vorsehen.⁶⁵ Dahingegen ist Satz 2 so zu verstehen, dass dieser nur einen an die Union gerichteten Handlungsgrundsatz darstellt und keine Bindung bezüglich der Mitgliedstaaten entfaltet.⁶⁶ Zudem schützen auch – neben der Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GrCh) und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 3 GrCh) – andere Vorschriften der Grundrechtecharta die Gesundheit.⁶⁷

h) Sonstige Vorschriften

Schließlich sind die speziellen Regelungen für die Gesundheit im Straßenverkehr in Art. 91 lit. a AEUV und zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer in Art. 153 Abs. 1 lit. a AEUV zu nennen. Auch müssen Art. 169 AEUV, welcher sich mit Maßnahmen des Verbraucherschutzes – natürlich auch mit gesundheitsspezifischen Schutzvorschriften – befasst, und Art. 191, 192 AEUV, die im Rahmen der Umweltpolitik auch den Schutz der menschlichen Gesundheit berücksichtigen, beachtet werden.

Daneben existieren weitere allgemeine grundlegende Normen in den Verträgen, welche für das Gesundheitswesen von Bedeutung sind. So legt zum Beispiel Art. 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 EUV die Ziele der Europäischen Union fest und gibt sich auch hier den Auftrag soziale Kohärenz zu fördern:

„[Die Union] bekämpft soziale Ausgrenzung und Diskriminierung und fördert soziale Gerechtigkeit und sozialen Schutz [...]. Sie fördert den wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Zusammenhalt und die Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten.“

In die gleiche Richtung weist die soziale Querschnittsklausel in Art. 9 AEUV, welche erstmals im Vertrag von Lissabon eingeführt worden ist.

„Bei der Festlegung und Durchführung ihrer Politik und ihrer Maßnahmen trägt die Union den Erfordernissen im Zusammenhang mit der Förderung eines hohen Beschäftigungsniveaus, mit der Gewährleistung eines angemessenen sozialen Schutzes, mit der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung sowie mit einem hohen Niveau der allgemeinen und beruflichen Bildung und des Gesundheitsschutzes Rechnung.“

Des Weiteren begründet Art. 2 Abs. 5 AEUV, dass

„in bestimmten Bereichen [...] die Union nach Maßgabe der Verträge dafür zuständig [ist], Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten durchzuführen, ohne dass dadurch die Zuständigkeit der Union für diese Bereiche an die Stelle der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten tritt.“

Hierbei ist es der EU aber verwehrt, eine Harmonisierung der Vorschriften der Mitgliedstaaten vorzunehmen. Dieses Harmonisierungsverbot gewährleistet, dass die den Mitgliedstaaten verbleibenden Politikbereiche nicht indirekt einer Rechtsvereinheitlichung unterzogen werden.

Dies konkretisiert letztlich auch Art. 6 lit. a) AEUV:

„Die Union ist für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten zuständig. Diese Maßnahmen mit europäischer Zielsetzung können in folgenden Bereichen getroffen werden:

- a) *Schutz und Verbesserung der menschlichen Gesundheit, [...]*“

2. Sekundärrecht

Unter sekundärem Unionsrecht, auch abgeleitetes Recht genannt, versteht man das von den Organen der EU erlassene Recht. Dieses ergeht nach dem Prinzip der Einzelermächtigung, wonach jeder Rechtsakt eine ausdrückliche oder anderweitige anwendbare Kompetenz im Primärrecht haben muss (Art. 5 EUV).

⁶⁴ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 46), Art. 35 GrCh, Rn. 2.

⁶⁵ Dorfmann, Der Schutz der sozialen Grundrechte – eine Untersuchung aus völkerrechtlicher und europarechtlicher Sicht, S. 254 ff.

⁶⁶ Calliess/ Ruffert/ Kingreen, (Fn. 46), Art. 35 GrCh, Rn. 6.

⁶⁷ Vgl. Art. 31 – Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer, Art. 32 und 33 – Wohlergehen von Kindern, Jugendlichen und Müttern, Art. 34 Recht auf soziale Sicherheit und soziale Unterstützung im Krankheitsfall.

Sekundärrecht stellt sich nach Art. 288 AEUV durch Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen, Empfehlungen und Stellungnahmen dar.⁶⁸

a) **Verordnung (EWG) Nr. 1408/71**

Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern⁶⁹, auch Wanderarbeitnehmerverordnung genannt, versuchte die Koordinierungsregelungen, die in der Verordnung Nr. 3 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer⁷⁰ festgelegt wurden, zu verbessern und zu erweitern. Dies war bezüglich der Freizügigkeit der Arbeitnehmer erstmals in der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 geregelt, welche eine Gleichbehandlung der Wanderarbeitnehmer in den Bereichen des Arbeits-, Steuer- und Sozialrechts des Aufnahmestaates vorsah. Die Wanderarbeitnehmerverordnung band erstmals auch Diplomaten, Grenzgänger, Beamte und Seeleute in ihren Anwendungsbereich mit ein und versuchte insbesondere die damalige Rechtsprechung des EuGH aufzunehmen sowie die Besonderheiten bezüglich der neuen Mitgliedstaaten (Vereinigtes Königreich, Irland und Dänemark) zu berücksichtigen. Aufgrund dessen erfuhr die Verordnung auch immer wieder zahlreiche Veränderungen und Erweiterungen.

Die durch die vielen nachträglichen Ergänzungen unübersichtlich gewordene Verordnung wurde durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der sozialen Systeme der sozialen Sicherheit⁷¹ geändert, um die Rechtslage klarer und einfacher zu gestalten. Diese grundlegende Reform war zudem aufgrund der mittlerweile sehr umfassenden Rechtsprechung des EuGH und der zahlreichen ausdifferenzierten Sozialsysteme der Mitgliedstaaten notwendig.⁷² Die vorherige Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72⁷³ wurde von der Verordnung (EG) Nr. 987/2009⁷⁴ ersetzt. Insbesondere wird in den neuen Verordnungen der Datenaustausch zwischen den einzelnen mitgliedstaatlichen Behörden berücksichtigt. Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bleibt allerdings bezüglich Drittstaatsangehöriger in Kraft, da diese nicht unter die neuere Verordnung fallen.

b) **Verordnung (EG) Nr. 883/2004**

Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 behält die meisten Prinzipien der Koordinierungsregelungen bei und versucht lediglich die Übersichtlichkeit des Europäischen koordinierenden Sozialrechts wiederherzustellen. Neu eingeführt wurde das Gebot der Tatbestandsgleichstellung und das Gebot der Zusammenrechnung der Versicherungszeiten in Art. 5 lit. f. Die Verordnung ist mit Verabschiedung der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 zum 1. Mai 2010 in Kraft getreten.

Der persönliche Geltungsbereich der Verordnung „gilt für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen.“⁷⁵ Sie gewährt in Art. 4 Gleichbehandlung und somit haben „Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.“ Die Regelungen der Verordnung beziehen sich ebenso auf Leistungen im Falle einer Krankheit oder ähnlichem.⁷⁶

⁶⁸ Mickel/ Bergmann, (Fn. 45), Stichwort Gemeinschaftsrecht.

⁶⁹ VO (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ABl. 1971 L 149/2.

⁷⁰ VO (EWG) Nr. 3 des Rates über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer, ABl. 1958 (EG) Nr. 597/58.

⁷¹ VO (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. 2004 L 166/1.

⁷² Fuchs, Europäisches Sozialrecht, 5. Aufl., 2010, S. 33.

⁷³ VO (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der VO (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ABl. 1972 L 74/1.

⁷⁴ VO (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. 2010 L 284/1.

⁷⁵ Zuvor galt die VO (EWG) Nr. 1408/71 gemäß Art. 2 „für Arbeitnehmer und Selbständige sowie für Studierende [...] sowie für deren Familienangehörige und Hinterbliebene“.

⁷⁶ Art. 3 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004: „Diese Verordnung gilt für alle Rechtsvorschriften, die folgende Zweige der sozialen Sicherheit betreffen:

Die Verordnung bestimmt, dass ein Arbeitnehmer oder selbständig Tätiger im Grundsatz nur den Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates unterliegt. In den meisten Fällen sind dies die Vorschriften des Staates, in welchem er beschäftigt bzw. beruflich tätig ist, außer es handelt sich um Beamte oder entsandte Arbeitnehmer. Weiter legt sie fest, dass die Versicherungs-, Beschäftigungs- und Wohnzeiten, die in mehreren Mitgliedstaaten angefallen sind, zusammengerechnet werden, so dass keine Benachteiligung durch die Inanspruchnahme der Freizügigkeitsregelungen eintritt. Der Schwerpunkt der Vorschriften liegt auf den „*Voraussetzungen und Folgen grenzüberschreitender Behandlungsleistungen*“.⁷⁷ Berücksichtigt werden die Fälle, in denen der Berechtigte in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnt oder Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat, der weder Wohn- noch Beschäftigungsstaat ist, in Anspruch nimmt.⁷⁸ Die Regelungen umfassen Sach-, Geld- und Dienstleistungen und erstrecken sich auch auf Familienangehörige. Es bestehen demnach Ansprüche auf Präventionsleistungen, stationäre Behandlungen, Medikamente- und Heilmittelversorgung sowie Pflegeleistungen.⁷⁹

c) Patientenrichtlinie

Am 9. März 2011 wurde nach heftigen Kontroversen die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vom Europäischen Parlament und dem Rat, gestützt auf Art. 114 und 168 AEUV, erlassen. Die Patientenrichtlinie wurde 2007 auf den Weg gebracht, nachdem Gesundheitsdienstleistungen aus der Dienstleistungsrichtlinie aufgrund ihres besonderen Charakters ausgeklammert wurden.⁸⁰ Ziel ist es gemeinsame Grundsätze in den verschiedenen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten zu etablieren, einen rechtlichen Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen und die Zusammenarbeit in diesem Bereich auf europäischer Ebene zu stärken.⁸¹ Insbesondere sollen die Mitgliedstaaten, die die bisherige Rechtsprechung des EuGH noch nicht gesetzlich kodifiziert haben, gezwungen werden dies nachzuholen.⁸²

Die Richtlinie bestimmt, dass „*Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege*“, die „*Zuteilung von und der Zugang zu Organen*“, „*öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten*“ und „*Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten zur Organisation und Finanzierung von Gesundheitsversorgung in Fällen, die nicht die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung betreffen*“ von ihrem Anwendungsbereich ausgenommen sind.

Zunächst wird in Art. 4 die Zuständigkeit des Behandlungsmitgliedstaates festgelegt. Dieser ist verpflichtet, von ihm festgelegte Standards bei der Behandlung einzuhalten und den Patienten mit den notwendigen entscheidungsrelevanten Informationen durch die Gesundheitsdienstleister zu versorgen. Darüber hinaus gewährleistet der Behandlungsmitgliedstaat, dass im Falle einer Schädigung ein Beschwerdeweg eröffnet ist und der Behandelnde über eine Berufshaftpflicht verfügt. Zudem besteht die Verpflichtung eine Patientenakte zu erstellen, den Datenschutz einzuhalten und die gleiche Gebührenordnung wie für inländische Patienten anzuwenden. Des Weiteren ist geregelt, dass die Mitgliedstaaten nationale Kontaktstellen einzurichten haben, die nach Art. 6 die Patienten mit allen notwendigen Informationen bezüglich der Behandlung, den Gesundheitsdienstleistern, seinen Rechten, den Beschwerde- oder Rechtsbehelfsverfahren versorgen.⁸³ In den

- a) *Leistungen bei Krankheit;*
- b) *Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft;*
- c) *Leistungen bei Invalidität; [...]*
- f) *Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten; [...]*

⁷⁷ Eichenhofer, Sozialrecht der Europäischen Union, 4. Aufl., 2010, S. 131.

⁷⁸ Eine vertiefte Darstellung ist in Kapitel D zu finden.

⁷⁹ Eichenhofer, (Fn. 77), S. 132.

⁸⁰ Schulte/Westenberg, Gesundheitsdienstleistungen in der EU – die geplante „Patienten-Richtlinie“, NZS 2009, S. 136; Prunzel, Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen: Das neue Sozialpaket der Europäischen Kommission, RDG 2009, S. 161 f.

⁸¹ Kommission, Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM (2008), 414, S. 4.

⁸² EU-Agenda, Nachrichten zum Europäischen Sozial- und Arbeitsrecht, Parlament, Richtlinie zu Patientenrechten angenommen, ZESAR 2011, S. 97.

⁸³ Vgl. die umfassende Formulierung in Art. 6 Abs. 3: „*Damit Patienten ihre Rechte in Bezug auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wahrnehmen können, stellen ihnen die nationalen Kontaktstellen im Behandlungsmitgliedstaat gemäß dessen gesetzlichen Bestimmungen Informationen über die Gesundheitsdienstleister zur Verfügung, einschließlich – auf Anfrage – der Informationen über die Berechtigung eines konkreten Dienstleisters zur Erbringung von Leistungen oder über jegliche Beschränkungen*“

Art. 7 bis 9 ist die Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen festgelegt. Artikel 7 postuliert, dass der Versicherungsmitgliedstaat die Kosten erstattet, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstanden sind, soweit diese im Leistungsspektrum enthalten sind und zwar in der Höhe, wie wenn sie im eigenen Hoheitsgebiet vorgenommen worden wären. Weitere Kosten oder Übernachtungs- und Reisekosten können gezahlt werden, jedoch besteht hierauf kein Anspruch. Die Mitgliedstaaten richten einen transparenten Mechanismus zur Kostenabrechnung ein. Ferner wurde den Mitgliedstaaten in Art. 8 gestattet, bestimmte Behandlungen von einer Vorabgenehmigung abhängig zu machen. Zu diesem Zweck differenziert die Richtlinie grundsätzlich zwischen ambulanten und stationären Behandlungen. Nur bei letzteren kann eine Vorabgenehmigung erforderlich sein, ebenso bei kostenintensiven oder hoch spezialisierten Behandlungen. Solche Anträge müssen nach Art. 9 innerhalb von angemessenen Fristen bearbeitet werden und den Gesundheitszustand, die Dringlichkeit und den Einzelfall berücksichtigen.

Die Richtlinie versucht durch die Einführung von Europäischen Referenznetzwerken die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu fördern. Das gleiche Ziel soll mit der Unterstützung von elektronischen Gesundheitsdiensten und bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien verfolgt werden.

Das Verhältnis der Richtlinie zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist äußerst interessant, denn grundsätzlich bleibt gemäß Art. 2 lit. m letztere unberührt. In Erwägungsgrund 30 der Richtlinie wird klargestellt, dass entweder die Richtlinie oder die Verordnung zur Anwendung gelangt. Besteht ein Anspruch nach beiden Rechtsgrundlagen so ist der Patient gemäß Erwägungsgrund 31 darauf hinzuweisen, dass derjenige nach der Verordnung günstiger ist. Inhaltlich ist ein Unterschied bereits bei der Rechtsaktsqualität festzustellen.⁸⁴ Im Gegensatz zu der Verordnung Nr. (EG) Nr. 883/2004 bedarf die Patientenrichtlinie einer Umsetzung in das nationale Recht. Hierzu bleibt den Mitgliedstaaten bis zum 25. Oktober 2013 Zeit. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass entgegengesetzte Leistungsprinzipien verfolgt werden. Die Verordnung gewährt Leistungen aufgrund des Sachleistungsprinzips – wonach Leistungen bereitgestellt werden, ohne dass diese dem Empfänger in Rechnung gestellt werden – wohingegen die Richtlinie das Prinzip der Kostenerstattung vorsieht.

Grundsätzlich ist die Patientenrichtlinie zu begrüßen. Sie bekräftigt den Anspruch der Patienten auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, klärt die Kostenerstattung und stärkt die Zusammenarbeit in diesem Bereich. Als Novum ist insbesondere die Stärkung der Patientenrechte durch die Einführung eines umfassenden Informationsrechts zu sehen. Dennoch erfährt die Richtlinie auch Kritik,⁸⁵ so wird erst die Umsetzung in der Praxis zeigen, ob die neu eingeführten nationalen Kontaktstellen die umfassenden Aufgaben, die sowohl medizinischen als auch juristischen Sachverstand benötigen, effizient und verlässlich wahrnehmen können. Auch stellt sich die Frage, ob deren Auskünfte überhaupt Bindungswirkung für Krankenkassen, Ärzte und andere Mitgliedstaaten entfalten können und wenn ja, in welchem Umfang. Vielfach wird auch bemängelt, dass die Richtlinie an manchen Stellen einen zu unbestimmten Wortlaut bezüglich der Voraussetzungen einer Vorabgenehmigung besitzt und auch das Kriterium der Übernachtung für die Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Behandlung nicht zweckmäßig ist, da dies oftmals von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat unterschiedlich gehandhabt wird.⁸⁶ Fraglich erscheint weiterhin, ob das Genehmigungserfordernis, wie es nunmehr ausgestaltet ist, tatsächlich mit der Dienstleistungsfreiheit zu vereinbaren ist. Dies wird der EuGH in Zukunft zu klären haben. Gleiches gilt für die Abgrenzung zwischen den Ansprüchen nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, welche das Sachleistungsprinzip verfolgt, und nach der Richtlinie, welche die vom Patienten vorgelegten Kosten nur im Nachhinein erstattet.

seiner Tätigkeit, Informationen nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe a sowie Informationen über Patientenrechte, Beschwerdeverfahren und Verfahren zur Einlegung von Rechtsbehelfen sowie über die verfügbaren rechtlichen und administrativen Möglichkeiten zur Streitbeilegung, auch bei Schäden, die im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind.“

⁸⁴ Wunder, Zum Vorschlag des Erlasses einer Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – Was ist neu?, MedR 2009, S. 328.

⁸⁵ Vgl. Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung vom 02.09.2008, http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/europa/dokumente/dl1/Stellungnahme_DSVAE_RL_Vorschlag_Patientenrechte_KOM_2008_414_endg.pdf (30.07.2011).

⁸⁶ So sind in manchen Mitgliedstaaten Behandlungen nur stationär möglich, während sie in anderen ausschließlich ambulant vorgenommen werden; siehe auch Rübke, (Fn. 3), S. 81.

Schließlich muss befürchtet werden, dass die Patienten aufgrund des Kostenerstattungsprinzips von der Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland abgeschreckt werden, da sie für diese in Vorlage treten, und befürchten müssen, die Kosten nicht (vollständig) erstattet zu bekommen. Zum einen wurde nicht geregelt, ob eine Zusage der Kostenerstattung vorgesehen ist, wie diese ausgestaltet sein soll und welche Bindungswirkung sie im Ausland entfaltet.⁸⁷ Zum anderen besteht eine Pflicht zur Kostenerstattung immer nur in Höhe der Kosten, die auch im Inland erstattet worden wären, d.h. dass Patienten aus Mitgliedstaaten, die niedrige Gebührensätze zugrunde legen oder gewisse Behandlungen überhaupt nicht erstatten, dann häufig einen Teil der Kosten selbst tragen müssen.

3. Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs

Eine weitere wichtige Säule des EU-Rechts stellt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) dar, da dessen Auslegung des Primär- und Sekundärrechts verbindliche Wirkung auch für die Mitgliedsstaaten entfaltet. Die stärker werdenden Verflechtungen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, welche sich aus Sicht des einzelnen Individuums besonders deutlich in einer Großregion abzeichnen, bringen auch im Hinblick auf grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen eine Vielzahl von Problemstellungen mit sich. So möchte der einzelne Unionsbürger Gesundheitsleistungen im europäischen Ausland in Anspruch nehmen, um Vorteile eines gemeinsamen europäischen Gesundheitsmarktes nutzen zu können. Doch neben den denkbaren sprachlichen oder psychologischen Hemmschwellen liegt ein Hauptproblem in der Erstattung der Kosten, denn Leistungen werden im Krankheitsfall bedingt durch die verschiedenen mitgliedstaatlichen Regelungen in national unterschiedlicher Art und Weise bzw. Umfang gewährt. Die Problematik der grenzüberschreitenden Austauschbeziehungen zwischen Versichertem, Leistungserbringer und zahlendem Leistungsträger und damit die Voraussetzungen sowie die Erstattung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen haben aufgrund der fortschreitenden europäischen Integration besonders im letzten Jahrzehnt an Bedeutung gewonnen, so dass sich der Europäische Gerichtshof seit 1998 in einer Vielzahl von Entscheidungen damit auseinandergesetzt hat.

Im Folgenden sollen die wichtigsten dieser Entscheidungen in chronologischer Reihenfolge kurz inhaltlich und in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen dargestellt werden.

a) Decker und Kohll

Den Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung des EuGH mit dem Bereich der Gesundheitsversorgung im grenzüberschreitenden Kontext bilden die beiden Grundsatzurteile in den Rechtssachen *Decker*⁸⁸ und *Kohll*⁸⁹ aus dem Jahr 1998.⁹⁰ Darin stellte der EuGH neue Grundsätze im Hinblick auf die Grundfreiheiten und die Erstattung von in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsstaat entstandenen Kosten für gesundheitliche Leistungen auf.

In der Entscheidung *Decker* machte die luxemburgische Krankenkasse die Erstattung der Kosten einer in Belgien gekauften Brille durch einen luxemburgischen Versicherten von einer vorherigen Genehmigung abhängig. Der EuGH stellt jedoch fest, dass eine nationale Regelung, die eine solche Genehmigung für eine Kostenerstattung verlangt, gegen die Warenverkehrsfreiheit verstößt.

Diese Problematik lag auch der Rechtssache *Kohll* zugrunde. Die luxemburgische Krankenkasse machte hier die Erstattung der Zahnbehandlung der Tochter eines luxemburgischen Versicherten in Deutschland ebenfalls von einer solchen vorherigen Genehmigung abhängig. Der Gerichtshof kam zu dem Ergebnis, dass eine solche

⁸⁷ Ein angedachtes Voucher-System mit einem festen Geldbetrag hätte den Nachteil, dass der Patient zwar den Betrag kennt der ihm erstattet wird, dies könnte aber dazu führen, dass z.B. deutsche Patienten, denen durch die deutsche Gebührenordnung relativ teure Behandlungen erstattet werden, im Ausland mit günstigen Behandlungen medizinische nicht notwendige Untersuchungen oder Behandlungen erhalten, um den Höchstbetrag auszuschöpfen.

⁸⁸ EuGH, Rs. C-120/95, *Decker*, Slg. 1998, I-1831.

⁸⁹ EuGH, Rs. C-158/96, *Kohll*, Slg. 1998, I-1931.

⁹⁰ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich der EuGH auch schon früher mit Einzelfragen zur Ausgestaltung der mitgliedstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit beschäftigt hat, so z.B. EuGH, Rs. 238/82, *Duphar*, Slg. 1984, 523.

vorherige Genehmigung im Hinblick auf die Erstattung von Kosten, die in einem anderen Mitgliedstaat anfallen, eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellt und solche Hindernisse nur durch zwingende Erfordernisse des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein können, welche jedoch nicht vorgebracht wurden.

In Folge dieser beiden Urteile steht fest, dass die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit nicht als gemeinschaftsrechtsfreie Bereiche zu qualifizieren sind,⁹¹ sondern dass die Waren- und Dienstleistungsfreiheit grundsätzlich auch in diesem Bereich Anwendung finden. Diese Grundfreiheiten wurden hier jedoch durch das Erfordernis einer Vorabgenehmigung verletzt, weil eine solch einschränkende nationale Regelung aus bloß wirtschaftlichen Motiven nicht zulässig ist. Im Ergebnis haben sozialversicherte Patienten das Recht ambulante Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat – auch außerhalb einer Notfallbehandlung – in Anspruch zu nehmen und grundsätzlich die daraus resultierenden Kosten von ihrem Sozialversicherungsträger ersetzt zu bekommen.⁹²

b) Vanbraekel

Durch die fortschreitende europäische Integration rückten im Jahre 2001 auch die stationären Gesundheitsdienstleistungen in das Blickfeld des Gerichtshofs.

Die erste wichtige Entscheidung *Vanbraekel*⁹³ betraf die Frage der Höhe der Erstattung von Kosten für einen chirurgischen Eingriff und den notwendigen Krankenhausaufenthalt einer bei einer belgischen Krankenkasse versicherten belgischen Staatsbürgerin in Frankreich.

Der Gerichtshof kam zu dem Ergebnis, dass die belgische Krankenkasse aufgrund der Dienstleistungsfreiheit als zuständiger Träger verpflichtet war, eine Erstattung der Kosten in der Höhe zu gewähren, wie sie nach den für sie geltenden Bestimmungen zu erbringen gewesen wäre. Eine Kostenerstattung bestimmt sich somit nach den Tarifen des Systems des Versicherungsstaats. Im Ergebnis ist somit auch eine ergänzende Erstattung zu gewähren, wenn die Erstattung der Kosten niedriger ist als diejenige, die sich aus den Vorschriften des Mitgliedstaates der Versicherungszugehörigkeit ergeben würde.⁹⁴

c) Smits und Peerbooms

In der nächsten wichtigen Entscheidung aus dem Jahr 2001 setzte sich der Gerichtshof mit der Rechtmäßigkeit des Erfordernisses einer vorherigen nationalen Genehmigung für eine stationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat, mit der Ermessensausübung bei der Erteilung der Genehmigung sowie mit der Üblichkeit und Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung auseinander.

In der Entscheidung *Smits und Peerbooms*⁹⁵ ging es um niederländische Staatsangehörige, die sich ohne vorherige Genehmigung ihrer niederländischen Krankenkasse in einer deutschen Klinik mit hohem Spezialisierungsgrad bzw. in einer österreichischen Klinik mit einer speziellen Intensivtherapie behandeln ließen.

Einleitend stellte der EuGH in seiner Entscheidung erneut fest, „*dass das Gemeinschaftsrecht nach ständiger Rechtsprechung die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt*“, aber die Mitgliedstaaten dabei gleichwohl das Gemeinschaftsrecht beachten müssen und die Bestimmungen über die Dienstleistungsfreiheit auch auf die Krankenhausversorgung Anwendung findet.

Weiterhin führte der Gerichtshof aus, dass stationär erbrachte medizinische Leistungen im Vergleich zu ambulanten Besonderheiten aufweisen. Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung ist dabei für eine stationäre Krankenhausbehandlung grundsätzlich notwendig und angemessen, da die Krankenhausversorgung in den Mitgliedstaaten auf einem nationalen System von vertraglichen Vereinbarungen beruht, um dadurch zu gewährleisten, dass ein ausgewogenes Angebot qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung ständig ausreichend zugänglich ist und die entstehenden Kosten beherrschbar bleiben. Jedoch ist ein solches System der

⁹¹ Lafrenz, Die Pflegeversicherung als Teil der Krankenversicherung im Sozialrecht der Europäischen Union, Die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes, ZERP-Diskussionspapier 2/2002, S. 38.

⁹² Möller, (Fn. 61), S. 95, 98.

⁹³ EuGH, Rs. C-368/98, *Vanbraekel*, Slg. 2001, I-5363.

⁹⁴ Beschoner, Krankenbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, ZESAR 2006, S. 50.

⁹⁵ EuGH, Rs. C-157/99, *Smits und Peerbooms*, Slg. 2001, I-5473.

vorherigen Genehmigung und ein damit stattfindender Eingriff in die Dienstleistungsfreiheit nur gerechtfertigt, wenn er auf im Voraus bekannten objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien basiert und somit dem Ermessen der Behörde hinsichtlich eines Missbrauchs Grenzen gesetzt werden. Eine Genehmigung darf im Ergebnis nach dem EuGH nur dann versagt werden, wenn es sich um keine nach internationalen medizinischen Erkenntnissen erprobte und anerkannte Behandlungsmethode handelt und keine dringende medizinische Notwendigkeit für eine ausländische Behandlung besteht, weil eine gleiche oder ebenso wirksame Behandlung auch rechtzeitig im Inland bei einer Vertragseinrichtung stattfinden kann.

Außerdem hervorzuheben ist, die wichtige Feststellung des Gerichtshofs, dass das Gemeinschaftsrecht die Mitgliedstaaten grundsätzlich nicht dazu zwingen kann, die Liste der vom nationalen System zu tragenden medizinischen Leistungen zu erweitern und hinsichtlich dessen auch nicht maßgeblich ist, ob eine medizinische Leistung von einem anderen mitgliedstaatlichen Krankenversicherungssystem übernommen wird.

Mit diesem Urteil hat der EuGH schließlich auch klargestellt, dass seine Rechtsprechung zur Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen auch auf Sachleistungssysteme übertragbar ist.⁹⁶ Im Ergebnis nähern sich somit durch die Rechtsprechung des Gerichtshofs die Versicherungssysteme (Sachleistungs- und Erstattungsprinzip) an und es wird gewissermaßen ein europaweites Kostenerstattungsprinzip eingeführt.⁹⁷

d) Müller-Fauré und van Riet

Im Jahre 2003 fasste der Gerichtshof seine bisherige Rechtsprechung in einer weiteren wichtigen Entscheidung zur Erstattung von Behandlungskosten aus einem anderen Mitgliedstaat noch einmal zusammen und präzisierete diese weiter.

In der verbundenen Entscheidung *Müller-Fauré und van Riet*⁹⁸ ging es um die Kostenerstattung für zwei niederländische Staatsangehörige, die zum einen den Urlaub in Deutschland nutzten, um ohne vorherige Genehmigung zum Zahnarzt zu gehen und zum anderen eine Untersuchung sowie die daraus resultierende Operation ohne vorherige Genehmigung in einem belgischen Krankenhaus durchführen ließen, da dies dort zu einem früheren Termin als in den Niederlanden möglich war.

Der EuGH wiederholte zunächst, dass auf medizinische Tätigkeiten – unabhängig, ob ambulante oder stationäre – die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr Anwendung finden, woran auch gerade die Zugehörigkeit zum Bereich der sozialen Sicherheit nichts ändert.

Im Hinblick auf die Behandlung in einem Krankenhaus verwies der Gerichtshof auf seine Ausführungen im Urteil *Smits und Peerbooms*, wonach das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung grundsätzlich notwendig und angemessen ist, jedoch auf im Voraus bekannten objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruhen muss. Eine Genehmigung ist somit zu erteilen, wenn die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Bei der hier entscheidenden rechtzeitigen Verfügbarkeit einer Behandlung müssen die nationalen Behörden sämtliche Umstände des konkreten Falls berücksichtigen, wobei eine Versagung der Genehmigung nicht nur durch die Existenz einer Warteliste gerechtfertigt sein kann.

In Bezug auf die ambulante Behandlung kam der EuGH hingegen zu dem Ergebnis, dass der Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit einer nationalen Regelung entgegen stehe, wonach der Versicherte für eine ambulante Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat eine vorherige Genehmigung einholen müsse und zudem auch keine Rechtfertigung durch Gründe des Schutzes der öffentlichen Gesundheit gegeben sei. Allerdings erfolgt die Kostenübernahme für eine solche Versorgung nur insoweit als das Krankenversicherungssystem der Versicherungszugehörigkeit eine Deckung garantiert.

Insgesamt zeigt auch diese Entscheidung des Gerichtshofs,⁹⁹ dass die Mitgliedstaaten zwar weiterhin die Verantwortung für die soziale Sicherheit tragen, dabei jedoch die Regelungen des Binnenmarktes

⁹⁶ Kingreen, Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im europäischen Binnenmarkt, NJW 2001, S. 3383.

⁹⁷ Frenz, Grenzüberschreitende medizinische Leistungen und Grundfreiheiten im Spiegel der EuGH-Rechtsprechung, MedR 2004, S. 298.

⁹⁸ EuGH, Rs. C-385/99, *Müller-Fauré und van Riet*, Slg. 2003, I-4509.

⁹⁹ Da der EuGH in den Entscheidungen *Smits und Peerbooms* und *Müller-Fauré und van Riet* umfassend zu Sachleistungssystemen Stellung genommen hatte, wurden zwei deutsche Vorabentscheidungsverfahren (C-454/02 und C-322/02) gestrichen.

berücksichtigen müssen.¹⁰⁰ Somit führt die Entscheidung zu einer Einschränkung der Mitgliedstaaten in ihrer Souveränität bei der Ausgestaltung der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung und dies nicht nur unmittelbar durch die Entscheidung der Unzulässigkeit eines Genehmigungsvorbehalts, sondern auch durch das Setzen von weiteren Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung, was eine weitere Anpassung der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten,¹⁰¹ aber auch einen erzwungenen „*Wettbewerb der nationalen Gesundheitssysteme*“ bewirkt.¹⁰²

e) **Inizan**

In einem weiteren ergangenen Urteil aus 2003 setzte sich der Gerichtshof ebenfalls mit den Voraussetzungen für die Kostenerstattung einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat auseinander.

Im Fall *Inizan*¹⁰³ wurde eine multidisziplinäre Schmerzbehandlung einer in Frankreich wohnenden und versicherten Frau in einem deutschen Krankenhaus mit der Begründung abgelehnt, dass ein ausreichend umfangreiches Angebot an gleichwertigen Behandlungen ohne Wartezeit in Frankreich vorhanden sei. Die Klägerin machte ihrerseits geltend, dass diese Behandlung aufgrund ihres Gesundheitszustandes erforderlich gewesen sei und diese in Frankreich nicht verfügbar wäre. Zudem werde diese spezielle Behandlung von der deutschen Krankenkasse für Inländer übernommen.

In seiner Entscheidung griff der EuGH die Argumente aus seinen vorangegangenen Entscheidungen auf und führt aus, dass eine Genehmigung nur verweigert werden kann, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig im Gebiet des Wohnmitgliedstaats des Betroffenen erfolgen kann. Für diese Beurteilung sind sämtliche Aspekte des konkreten Falls zu beachten, d.h. nicht nur der Gesundheitszustand des Patienten bei Beantragung der Genehmigung sowie gegebenenfalls das Ausmaß der Schmerzen oder die Art der Behinderung, sondern gerade auch die Vorgeschichte des Patienten. Insgesamt ist es die Aufgabe des nationalen Gerichts dies zu überprüfen.

Mit dieser Entscheidung hat der Gerichtshof seinen Standpunkt zum Erfordernis einer Genehmigung für die Kostenerstattung von stationären Leistungen unterstrichen und gefestigt.

f) **Leichtle**

Im Jahr 2004 entschied der Gerichtshof schließlich über eine deutsche Vorlagefrage zur Kostenerstattung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in der besonderen Konstellation von Rehabilitationseinrichtungen.

Der Fall *Leichtle*¹⁰⁴ betraf die Erstattung nach Beihilfavorschriften innerhalb des Krankenversicherungssystems der deutschen Beamten für eine Heilkur in einem anderen Mitgliedstaat. Eine solche wurde mit der Begründung abgelehnt, dass keine dringende Notwendigkeit bestehe und zudem eine entsprechende Behandlung auch in einem inländischen Heilbad durchführbar sei. Strittig war dabei nicht die Kostenübernahme für die medizinischen Leistungen im eigentlichen Sinn, sondern die Kostenübernahme für die sonstigen Aufwendungen im Rahmen der Heilkur.

Der EuGH führte dazu aus, dass Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung als wesentlicher Bestandteil der Heilkur selbst anzusehen sind, denn vergleichbar einer stationären Behandlung, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen kann, kann eine Heilkur zu therapeutischen Zwecken den Aufenthalt des Patienten am Kurort erfordern. Des Weiteren ist der ärztliche Kurabschlussbericht ein unmittelbarer Teil der ärztlichen Tätigkeit und schließlich sind die Fahrtkosten wie auch eine Kurtaxe untrennbar mit einer Heilkur verbunden, da diese notwendigerweise die Anreise sowie den Aufenthalt des Patienten am Kurort erfordert.

¹⁰⁰ Becker, gesetzliche Krankenversicherung im Europäischen Binnenmarkt, NJW 2003, S. 2277.

¹⁰¹ Kötter, Die Entscheidung Müller-Fauré/van Riet – Harmonisierung der sozialen Sicherung im Krankheitsfall durch die Rechtsprechung des EuGH?, ZESAR 2003, S. 311.

¹⁰² Nowak, Anmerkung zu EuGH: Übernahme von Krankheitskosten im EU-Ausland, EuZW 2003, S. 477.

¹⁰³ EuGH, Rs. C-56/01, *Inizan*, Slg. 2003, I-12403.

¹⁰⁴ EuGH, Rs. C-8/02, *Leichtle*, Slg. 2004, I-2641.

Hinsichtlich des Erfordernisses einer Begutachtung der zwingenden Erforderlichkeit einer Heilkur in einem anderen Mitgliedstaat wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussichten als in Deutschland kam der EuGH zu dem Ergebnis, dass diese nationale Regelung nicht mit der Dienstleistungsfreiheit vereinbar ist. Denn diese Voraussetzung gilt nur für Kosten, die für eine in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführte Heilkur entstehen und kann Patienten somit davon abhalten, sich für eine solche Kur in einem anderen Mitgliedstaat zu entscheiden. Im Hinblick auf eine Rechtfertigung dieser nationalen Maßnahme, stellte der EuGH weiter fest, dass gerade keine konkrete Begründung vorgetragen wurde, um die Behauptung zu stützen, dass diese Regelung erforderlich sei, um eine Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu vermeiden.

Insgesamt hat der Gerichtshof mit diesem Urteil seine Rechtsprechung zu den Krankenhausbehandlungen nicht pauschal auf Kureinrichtungen übertragen, sondern hat vielmehr auf das Erfordernis eines konkreten Nachweises einer Gefährdungslage für diese bestimmte Versorgungsstruktur, für deren Wirtschaftlichkeit sowie die Leistungsfähigkeit der deutschen Kureinrichtungen abgestellt, welchem hier allerdings nach seiner Meinung nicht nachgekommen werden konnte.¹⁰⁵

g) Watts

Der Gerichtshof setzte im Jahr 2006 seine Rechtsprechung zur Reichweite der Grundfreiheiten im Bereich des Gesundheitsrechts und zur Ausgestaltung der Voraussetzungen hinsichtlich der Pflicht zur Kostenerstattung für Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat fort.

Die Entscheidung *Watts*¹⁰⁶ betraf die Kostenerstattung der Hüftoperation einer britische Staatsbürgerin in einem französischen Krankenhaus, die diese ohne Genehmigung vornehmen ließ, nachdem ihr eine solche Behandlung in Großbritannien zuvor mit Hinweis auf ihren Wartelistenplatz versagt worden war.

Anzumerken ist dabei, dass der National Health Service (der staatliche Gesundheitsdienst des Vereinigten Königreichs) einige Besonderheiten aufweist, denn er wird im Wesentlichen über Steuermittel finanziert und seine Einrichtungen stellen allen Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Großbritannien kostenfrei Krankenhausbehandlungen zur Verfügung. In Folge dessen besteht im britischen Recht kein Erstattungstarif. Die Patienten des National Health Service haben zudem keinen Anspruch auf eine spezifische Behandlung zu einem bestimmten Zeitpunkt und auch Art, Ort und Dauer einer Krankenhausbehandlung werden aufgrund klinischer Priorität sowie den Mitteln der zuständigen Einrichtung festgelegt.

Der EuGH stellte in seinem Urteil zunächst grundsätzlich fest, dass nationalen Stellen nicht das Recht abgesprochen wird, bei Erforderlichkeit ein System von Wartelisten einzuführen, das darauf abzielt, die Erbringung von Behandlungen zu planen und Prioritäten nach Maßgabe der verfügbaren Mittel und Kapazitäten festzulegen. Jedoch darf der zuständige Sozialversicherungsträger eine Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat nur unter Berufung auf das Bestehen einer Warteliste versagen, wenn er nachweisen kann, dass diese Wartezeit nicht den vertretbaren zeitlichen Rahmen überschreitet, der sich aus einer objektiven medizinischen Beurteilung des klinischen Bedarfs des Betroffenen unter Berücksichtigung sämtlicher Parameter – z.B. Vorgeschichte, voraussichtliche Krankheitsentwicklung, Ausmaß der Schmerzen und/oder Behinderung – ergibt, die seinen Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt ausmachen, zu dem der Antrag auf Genehmigung gestellt oder gegebenenfalls auch erneuert wurde. Aufgrund der Verpflichtung, die Grundsätze und den Aufbau ihrer Gesundheitssysteme mit den sich aus den Gemeinschaftsfreiheiten und Art. 22 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ergebenden Erfordernissen in Einklang zu bringen, sind die Mitgliedstaaten des Weiteren dazu angehalten, Mechanismen für die Kostenübernahme von solchen Krankenhausbehandlungen vorzusehen, die in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden, weil dieser Mitgliedstaat die erforderliche Behandlung nicht selbst innerhalb eines medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmens erbringen kann.

Zur Höhe der Kostenerstattung führte der Gerichtshof schließlich aus, dass der Patient Anspruch auf eine vollständige Übernahme der Kosten für die Behandlung nach den Vorschriften des Behandlungsmitgliedstaats

¹⁰⁵ Möller, (Fn. 61), S. 128.

¹⁰⁶ EuGH, Rs. C-372/04, *Watts*, Slg. 2006, I-4325.

hat, da der hier im Verfahren betroffene nationale Gesundheitsdienst die Kostenfreiheit von Krankenhausbehandlungen vorsieht. Darüber hinaus ist der nationale Gesundheitsdienst verpflichtet, sich zugunsten des Patienten ergänzend in Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, der den objektiv bezifferten Kosten dieser gleichwertigen Behandlung entspricht (gegebenenfalls nach oben begrenzt durch den für die Behandlung im Behandlungsmitgliedstaat in Rechnung gestellten Gesamtbetrag) und dem Betrag der Beteiligung des Trägers des Behandlungsmitgliedstaats, der sich aus der Anwendung der Bestimmungen dieses Staates ergibt, zu beteiligen, wenn der erste Betrag höher ist als der zweite.

Insgesamt stellte der EuGH in diesem Urteil fest, dass die Dienstleistungsfreiheit immer bei grenzüberschreitenden Behandlungen auch unabhängig von der Funktionsweise des nationalen Gesundheitssystems zur Anwendung kommt, somit also ebenfalls im britischen System.¹⁰⁷ Ein Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen kann zudem auch nicht an den dadurch entstehenden Mehrkosten scheitern, sondern vielmehr ist die Schaffung eines Kostenerstattungssystems eine notwendige Anpassung der nationalen Systeme an die durch das Gemeinschaftsrecht gesetzten Vorgaben, die die Mitgliedstaaten nach Ansicht des Gerichtshofs zu leisten haben.¹⁰⁸

h) Herrera

In einer weiteren Entscheidung aus dem Jahr 2006 befasste sich der EuGH mit einem Anspruch auf Erstattung von Nebenkosten,¹⁰⁹ die aufgrund einer im Krankenhaus eines anderen Mitgliedstaats durchgeführten Behandlung entstanden sind.

In der Rechtssache *Herrera*¹¹⁰ ging es um eine genehmigte Behandlung eines spanischen Staatsangehörigen in einem französischen Krankenhaus. Die Behandlungskosten wurden vom spanischen Träger übernommen. Gegenstand des Verfahrens war nur noch die Erstattung der Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten, die durch die Reise zum Krankenhaus verursacht wurden.

Der Gerichtshof kam insgesamt zum Ergebnis, dass nur ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Unterbringung und die Verpflegung eines Patienten im Krankenhaus eines anderen Mitgliedstaates besteht, jedoch gerade kein Anspruch auf Ersatz der sogenannten Zusatzkosten in Form von Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten, die dem Patienten und ihn begleitenden Personen in einem anderen Mitgliedstaat entstanden sind.

Der in diesem Fall vom EuGH erörterte Kostenbegriff nach Art. 22 der Verordnung (EG) Nr. 1408/71 berücksichtigte keine der angesprochenen Zusatzkosten, so dass sich deren Erstattung allein nach nationalem Recht bestimmt. Wobei eine solche nationale Regelung grundsätzlich wieder auch an der Dienstleistungsfreiheit zu messen sein könnte, was hier aber nicht prüfungsrelevant war.¹¹¹

i) Stamatelaki

2007 setzte sich der Gerichtshof mit der Frage der Kostenerstattung einer Behandlung in einer in einem anderen Mitgliedstaat gelegenen Privatklinik auseinander.

Die Rechtssache *Stamatelaki*¹¹² betraf einen griechischen Staatsangehörigen, der sich in einer Privatklinik im Vereinigten Königreich behandeln ließ, dies bezahlte und anschließend die Erstattung der Kosten bei seiner griechischen Versicherung beantragte, was diese ablehnte. Die Ablehnung beruhte auf einer nationalen griechischen Regelung, wonach die Erstattung der Kosten einer Behandlung in einer Privatklinik – außer für Kinder im Alter bis zu 14 Jahren – stets ausgeschlossen war.

¹⁰⁷ Calliess, Der Einfluss der EU-Grundrechte und Grundfreiheiten auf das nationale Gesundheitsrecht, in: Brennpunkt des Medizinrechts 2008, Schriftenreihe des Deutschen Anwaltsinstituts e.V., 2009, S. 40.

¹⁰⁸ Bieback, Neue Rechtsprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Beanspruchung von Gesundheitsleistungen – zugleich eine Anmerkung zum Urteil des EuGH in der Rs C-372/04, ZESAR 2006, S. 245.

¹⁰⁹ Alber, Dienstleistungen im Gesundheitsbereich unter besonderer Berücksichtigung der EuGH-Rechtsprechung, in: FS für Günter Hirsch, 2008, S. 17.

¹¹⁰ EuGH, Rs. C-466/04, *Herrera*, Slg. 2006, I-5341.

¹¹¹ Möller, (Fn. 61), 2009, S. 143 f.

¹¹² EuGH, Rs. C-444/05, *Stamatelaki*, Slg. 2007, I-3185.

Der EuGH stellte fest, dass die Dienstleistungsfreiheit einer solch absoluten Regelung entgegensteht, denn es könnten weniger einschneidende und den freien Dienstleistungsverkehr besser wahrende Maßnahmen ergriffen werden, wie etwa ein System der vorherigen Genehmigung, welches den Anforderungen des Gemeinschaftsrecht genügt, und unter Umständen die Festlegung von Tabellen für die Erstattung der Kosten der Behandlungen. Des Weiteren weist der Gerichtshof darauf hin, dass gerade auch Privatkliniken den mitgliedstaatlichen Qualitätskontrollen unterliegen und die in den Privatkliniken tätigen Ärzte die gleichen beruflichen Garantien aufzuweisen haben wie die Ärzte in Griechenland, insbesondere seit der Umsetzung der Richtlinie 93/16/EWG zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise.¹¹³

Durch diese Entscheidung wurde die Rechtsprechung um den zusätzlichen Aspekt der Privatkliniken im Hinblick auf die Patientenmobilität erweitert.¹¹⁴

j) Kommission gegen Spanien

Im Jahr 2010 urteilte der Gerichtshof in einem von der Kommission gegen Spanien eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren, welches sich mit der Kostenerstattung einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat während eines vorübergehenden Aufenthalts befasste.

Die Entscheidung *Kommission gegen Spanien*¹¹⁵ setzte sich mit einer spanischen Regelung auseinander, wonach der zuständige Sozialversicherungsträger im Heimatstaat nicht verpflichtet ist, die vollen Kosten zu erstatten, die dem Patienten durch den Behandlungsstaat auferlegt worden sind. Die Kommission vertrat die Auffassung, dass diese Regelung gegen die Dienstleistungsfreiheit verstoße, wobei als möglicherweise betroffene Dienstleistungen nicht nur Behandlungsdienstleistungen im Krankenhaus sondern auch touristische oder bildungsbezogene Leistungen umfasst seien.

Der EuGH wies die Klage ab und stellte dabei im Hinblick auf die in Frage stehende Gesundheitsversorgung in einem Krankenhaus auf die Unterscheidung zwischen einer „*unerwarteten Behandlung*“ und einer „*geplanten Behandlung*“ ab. Einem Versicherten, der sich zum Beispiel aus touristischen oder bildungsbezogenen Gründen, nicht aber wegen einer beliebigen Unzulänglichkeit im Angebot seines nationalen Gesundheitssystems, in einem anderen Mitgliedstaat befindet, garantieren die europäischen Bestimmungen über die Freizügigkeit gerade nicht die Neutralität im Bezug auf alle Leistungen der Krankenhausbehandlung. Vielmehr können aufgrund der nationalen Unterschiede bei der sozialen Sicherung einerseits und dem Zweck der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 – die nationalen Vorschriften nur zu koordinieren und nicht einander anzugleichen – andererseits die Bedingungen im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat je nach Einzelfall gerade Vor- oder Nachteile für den Versicherten haben. Der Gerichtshof stellte im Ergebnis fest, dass die spanische Regelung nicht gegen die Dienstleistungsfreiheit verstößt, denn die Situation der unerwarteten Behandlung umfasst Fälle, in denen der Gesundheitszustand eines Versicherten während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich macht, ohne dass die Möglichkeit besteht eine Rückreise in der Versicherungsstaat anzutreten. Dem Versicherten bleibt in solch einer Situation objektiv gerade keine andere Wahl als die Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsmitgliedstaat durchzuführen. In dieser Konstellation ist jedoch keine Einschränkung des Dienstleistungsverkehrs von touristischen oder bildungsbezogenen Leistungen gegeben, da ein Krankheitseintritt als zu ungewiss zu bewerten ist. Der Versicherungsmitgliedstaat ist somit nur verpflichtet, dem Behandlungsstaat die Kosten zu erstatten, die nach Maßgabe des in diesem Land geltenden Deckungsniveaus getragen worden wären.

Insgesamt handelt es sich bei dieser Entscheidung um das erste durch die Kommission eingeleitete Vertragsverletzungsverfahren zur Thematik der grenzüberschreitenden Patientenmobilität, was für einen neuen

¹¹³ RL 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise, ABl. 1993 L 165/1.

¹¹⁴ Möller, (Fn. 61), 2009, S. 146.

¹¹⁵ EuGH, Rs. C-211/08, *Kommission/Spainien*, Slg. 2010.

Stellenwert in der Arbeit der Kommission spricht¹¹⁶ sowie im Zusammenhang zu den Entwicklungen im Bereich der Patientenrichtlinie zu sehen ist.

k) Kommission gegen Frankreich

In einer weiteren am 5. Oktober 2010 ergangenen Entscheidung befasste sich der Gerichtshof in einem von der Kommission gegen Frankreich eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren mit der Kostenerstattung einer geplanten grenzüberschreitenden Behandlung mit Hilfe medizinischer Großgeräte außerhalb von Krankenhäusern.

Die Entscheidung *Kommission gegen Frankreich*¹¹⁷ setzte sich mit einer französischen Regelung auseinander, wonach die Erstattung der Kosten für eine den Einsatz medizinischer Großgeräte erfordernde Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat auch außerhalb von einem Krankenhaus von einer vorherigen Genehmigung des französischen Trägers abhängig war. Die Kommission vertrat die Meinung, dass diese Regelung gegen die Dienstleistungsfreiheit verstoße.

Der EuGH wies die Klage jedoch mit der Begründung ab, dass die im französischen Recht abschließend aufgezählten medizinischen Großgeräte unabhängig davon, ob sie innerhalb oder außerhalb von Krankenhäusern aufgestellt oder benutzt werden, aufgrund der mit ihnen verbundenen besonders hohen Kosten Gegenstand einer Planungspolitik seien. Das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat mit solchen Großgeräten stellt angesichts der Gefahren einerseits für die Organisation der öffentlichen Gesundheitspolitik wie auch andererseits für das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit eine gerechtfertigte Einschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar.

Darüber hinaus ist der Gerichtshof in seiner Entscheidung auf die sogenannte ergänzende Erstattung von Kosten entsprechend der Entscheidung *Vanbraekel* zurückgekommen und stellte fest, dass nach den französischen Regelungen im Fall von in einem anderen Mitgliedstaat erbrachten Krankenhausbehandlungen Anspruch auf eine Kostenerstattung unter den gleichen Bedingungen besteht, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre und in den Grenzen der dem Sozialversicherten tatsächlich entstandenen Kosten gewährt wird. Dementsprechend umfasst die französische Regelung auch die ergänzende Erstattung zu Lasten des zuständigen französischen Trägers, sofern Unterschiede der Niveaus der sozialen Absicherung zwischen dem Versicherungsmitgliedstaat und dem Behandlungsmitgliedstaat vorlägen.

Mit diesem zweiten Urteil in einem Vertragsverletzungsverfahren zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen ist der EuGH seiner Linie der vorangegangenen Entscheidungen treu geblieben indem er die für die Praxis wichtige Überlegung einer notwendigen Planbarkeit auch für die ambulante Behandlung mit medizinischen Großgeräten bejaht und dies somit über die oft schwierige Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen gestellt hat.¹¹⁸

l) Kommission gegen Luxemburg

In seinem jüngsten Urteil vom Januar 2011 beschäftigte sich der Gerichtshof im Rahmen eines weiteren Vertragsverletzungsverfahrens mit zwei bei der Kommission eingegangenen Beschwerden wegen der Ablehnung der Übernahme von biomedizinischen Analysen in anderen Mitgliedstaaten durch die luxemburgische Sozialversicherung.

Die Entscheidung *Kommission gegen Luxemburg*¹¹⁹ betraf nationale Rechtsvorschriften, die die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen nur unmittelbar vorsahen und die mangels Vorliegen einer Gebührenregelung im Hinblick auf die betreffenden Analysen und Laboruntersuchungen aus einem anderen Mitgliedstaat nicht zur Erstattung befugt waren und somit eine Kostenerstattung ablehnten.

¹¹⁶ Vgl. die Urteilsanmerkung von Frischhut, Keine ergänzende Erstattung von in anderem Mitgliedstaat entstandenen Krankheitskosten – Kommission/ Spanien, EuZW 2010, S. 677.

¹¹⁷ EuGH, Rs. C-512/08, *Kommission/Frankreich*, Slg. 2010

¹¹⁸ Vgl. Frischhut, (Fn. 116), S. 867.

¹¹⁹ EuGH, Rs. C-490/09, *Kommission gegen Luxemburg*, Urteil vom 27.1.2011.

Einführend stellte der EuGH fest, dass die Tatsache, dass eine nationale Regelung in den Bereich der sozialen Sicherheit fällt und eine Erstattung nach dem Sachleistungsprinzip erfolgt, nicht dazu führt, dass Behandlungen im medizinischen Bereich aus dem Geltungsbereich der Grundfreiheiten ausgeschlossen werden. Ein Verstoß gegen die Dienstleistungsfreiheit liegt zudem vor, wenn die Anwendung dieser nationalen Vorschrift solche Analysen oder Laboruntersuchungen „*de facto nahezu oder sogar vollständig*“ ausschließt, was vorliegend durch den Gerichtshof bejaht wurde. Schließlich führte der EuGH aus, dass die Mitgliedstaaten zur Verwirklichung der Grundfreiheiten unvermeidlich verpflichtet werden, „*einige Anpassungen in ihren nationalen Systemen der sozialen Sicherheit vorzunehmen, ohne dass dies als Eingriff in ihre souveräne Zuständigkeit in den betreffenden Bereich angesehen werden könnte.*“

Im Ergebnis muss somit auch Luxemburg die Möglichkeit der Kostenerstattung in seinen nationalen Bestimmungen vorsehen.

m) Urteile zu den Formblättern E 111 und 112

Abschließend sollen kurz die spezielle Thematik der Formblätter E 111 und E 112 sowie die Entscheidungen des EuGH dazu dargestellt werden.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Formular E 111 seit 2004 durch die Europäische Versicherungskarte (*European Health Insurance Card – EHIC*)¹²⁰ ersetzt wird. Heute reicht daher die EHIC-Karte aus, damit Reisende in allen Mitgliedstaaten sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen und in der Schweiz in einem medizinischen Notfall eine ambulante oder stationäre Behandlung durchführen lassen können. Eine gesonderte Beantragung des Vordrucks E 111 ist entfallen.

Mit dem Formular E 112¹²¹ bzw. dem heute sogenannten Vordruck S2¹²² kann ein Versicherter seinen Anspruch auf eine geplante medizinische Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz nachweisen. Dieser Vordruck ist vor der Durchführung der stationären Behandlung durch den Versicherten bei dem zuständigen Krankenversicherungsträger einzuholen und dann dem Krankenversicherungsträger des Landes, in dem die Behandlung erfolgen soll, vorzulegen, so dass eine Behandlung zu denselben Pflege- und Zahlungsbedingungen wie für Staatsangehörige des betreffenden Landes erfolgen kann.

In der 2005¹²³ entschiedenen Rechtssache *Keller*¹²⁴ setzte sich der Gerichtshof mit der Notwendigkeit einer ausdrücklichen vorherigen Genehmigung einer Behandlung in einem Drittstaat auseinander und traf somit die erste Entscheidung mit einer sogenannten Drittstaatenberührung.¹²⁵ Im zugrunde liegenden Sachverhalt wurde trotz Vorliegens der Formblätter E 111 sowie E 112 eine Kostenübernahme durch den zuständigen Sozialversicherungsträger mit der Begründung abgelehnt, dass für eine medizinische Behandlung in einem Drittstaat eine ausdrückliche vorherige Genehmigung vorliegen müsse. Der Gerichtshof stellte dazu jedoch fest, dass der zuständige Sozialversicherungsträger mit der Ausstellung dieser Formblätter bereits darin eingewilligt hat, dass eine medizinische Behandlung nicht im zuständigen Heimatmitgliedstaat vorgenommen wird und somit an die Entscheidung der vom Träger des Aufenthaltsmitgliedstaat autorisierten Ärzte im Hinblick auf die

¹²⁰ Mehr als 188 Mio. Menschen in Europa verfügen mittlerweile über eine Europäische Krankenversicherungskarte, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=559&newsId=841&furtherNews=yes> (30.07.2011).

¹²¹ Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Kranken- und Mutterschaftsversicherung, basierend auf Art. 22 Abs. 1 lit. b) Ziffer i), Abs. 1 lit. c) Ziffer i), Abs. 3, Art. 22 lit. a) und Art. 31 VO (EWG) Nr. 1408/71 sowie Art. 22 Abs. 1 und 3, Art. 23 und Art. 31 Abs. 1 und 3 VO (EWG) Nr. 574/72.

¹²² Die zahlreichen E-Formulare wurden nach der modernisierten Koordinierung durch die VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 abgeschafft, vielmehr werden die von einem Bürger angeforderten Informationen in einigen Fällen in Form eines „mobilen Dokuments“ ausgestellt. Die nunmehr nur noch 10 mobilen Formulare, die die Sozialversicherungssysteme der Mitgliedstaaten koordinieren, sind hier zu finden: <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=0&policyArea=849&subCategory=868&country=0&year=0&advSearchKey=portdoccombined&mode=advancedSubmit&langId=de> (30.07.2011).

¹²³ Der EuGH hatte sich bereits 2003 in seiner Entscheidung *Ioannidis* (EuGH, Rs. C-326/00, *Ioannidis*, Slg. 2003, I-1703) mit der Problematik einer ungeplanten Behandlung eines Rentners bei einem Auslandsurlaub und der Weigerung der Krankenkasse diese nachträglich zu genehmigen bzw. den Vordruck E 112 auszustellen befasst, worauf hier nicht näher eingegangen werden soll, da Rentner krankensicherungsrechtlich besonders zu behandeln sind.

¹²⁴ EuGH, Rs. C-145/03, *Keller*, Slg. 2005, I-2529.

¹²⁵ Ratajczak, Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zum Gesundheitsrecht, in: *Cross Border Treatment – Die Arzthaftung wird europäisch*, 2010, S. 21.

Erforderlichkeit einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung gebunden ist. Dies umfasst ebenso die therapeutischen Entscheidungen dieser Ärzte und das auch dann, wenn dies eine Verlegung in einen anderen Staat bedeutet. Die erteilten Formblätter entfalten eine Bindungswirkung für die es gerade ohne Bedeutung ist, dass der Staat, in den der Patient verlegt wird, nicht Mitglied der EU ist. In Bezug auf die Höhe der zu erstattenden Kosten führte der EuGH weiter aus, dass die in einem Drittstaat angefallenen Behandlungskosten vom zuständigen Träger nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften unter den gleichen Bedingungen zu übernehmen sind, wie sie für die im Inland behandelten Sozialversicherten gelten.

Schließlich hatte sich der Gerichtshof im Oktober 2010 in der Entscheidung *Elchinov*¹²⁶ mit der Frage der Kostenerstattung zu befassen, wenn eine Genehmigung in Form des Formulars E 112 zwar beim zuständigen Sozialversicherungsträger beantragt wurde, eine Behandlung aber aufgrund des Gesundheitszustands bereits vor deren Erteilung erfolgt ist und der Träger eine Erteilung der Genehmigung daran anschließend mit der Begründung verweigerte, dass es sich um eine Spezialbehandlung handele, die in diesem Mitgliedstaat noch nicht durchgeführt werde. Der EuGH kam dabei zu dem Ergebnis, dass eine Ablehnung der Kostenerstattung durch den Sozialversicherungsträger nicht rechtmäßig ist, weil eine mitgliedstaatliche Regelung eine solche Übernahme der Kosten für eine ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat vorgenommene Behandlung in einem Krankenhaus gerade nicht in allen Fällen ausschließen darf. Des Weiteren kann eine Genehmigung nicht verweigert werden, wenn erstens unter Berücksichtigung aller einschlägigen Gesichtspunkte und verfügbaren wissenschaftlichen Daten in diesem Einzelfall erwiesen ist, dass diese in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführte Behandlungsmethode den in den eigenen nationalen Bestimmungen vorgesehenen Leistungen entspricht, und zweitens eine gleiche oder ebenso wirksame Alternativbehandlung im Heimatmitgliedstaat nicht rechtzeitig erbracht werden kann. Schließlich wird in dem Urteil zur Höhe der zu erstattenden Kosten noch ausgeführt, dass der Betrag demjenigen entspricht, der nach den Rechtsvorschriften ermittelt wird, denen der Träger des Mitgliedstaats, wo die Behandlung im Krankenhaus erbracht wurde, unterliegt.

n) **Schlussfolgerung**

Die Rechtsprechung des EuGH führt zu dem Ergebnis, dass grundsätzlich die grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dem Schutz der Grundfreiheiten unterfallen. Der Gerichtshof setzte sich dabei in seinen Urteilen mit ambulanten und stationären Leistungen sowie mit der Organisation von Krankenversicherungssystemen auseinander.

Insgesamt sieht er eine Differenzierung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vor, wobei ambulante Behandlungen grenzüberschreitend grundsätzlich – Ausnahme bei Großgeräten – ohne vorherige Zustimmung der Sozialversicherungsträger in Anspruch genommen werden können. Für eine stationäre Behandlung ist dahingegen das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung mit den Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr grundsätzlich vereinbar. Dies vor dem Hintergrund, dass die Existenz bzw. Auslastung der nationalen Krankenhäuser planbar sein muss, damit eine ausgewogene hochwertige Versorgung immer ausreichend vorhanden ist und das Krankenkassensystem dennoch insgesamt finanzierbar bleibt. Eine vorherige Genehmigung ist abhängig von der Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung im Inland sowie der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung im Einzelfall. Die Ausführungen des Gerichtshofs zur Problematik der Wartelisten wurde schließlich in Art. 20 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004 aufgenommen.

Der EuGH hat mit seiner Rechtsprechung insgesamt den Weg zu einer Europäisierung der mitgliedstaatlichen Gesundheitssysteme geebnet und dies auch ohne das Vorliegen einer entsprechenden vertraglichen Grundlage, indem er vielmehr auf die Achtung und Sicherstellung der Grundfreiheiten abstellt. In Bezug auf die Gewährleistung der Grundfreiheiten verpflichtet die Rechtsprechung die Mitgliedstaaten zu einer Anpassung der Systeme der sozialen Sicherheit. Dabei besteht aber auch die Möglichkeit der Rechtfertigung von Eingriffen in die Grundfreiheiten bei einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems, so dass eine „Verpflichtung“ zur Anpassung keinesfalls grenzenlos verlangt werden kann.

Dass die Thematik der grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen noch nicht abschließend geklärt ist und somit die durch die Kommission eingeleiteten Vertragsverletzungsverfahren anhalten, zeigen zum einen die

¹²⁶ EuGH, Rs. C-173/09, *Elchinov*, Slg. 2010.

Schlussanträge der Generalanwältin *Trstenjak* vom 14. April 2011 im Verfahren *Kommission gegen Portugal*.¹²⁷ Streitpunkt sind dabei portugiesische Bestimmungen, wonach die Erstattung von Krankheitskosten für ambulante Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat von der Erteilung einer vorherigen Genehmigung abhängig ist, die nur unter sehr restriktiven Bedingungen erteilt wird. Zum zweiten bahnen sich momentan zwei neue Konflikte zwischen der Europäischen Kommission und zwei Mitgliedstaaten – Dänemark und Polen – im Hinblick auf solche grenzüberschreitende Behandlungen an, welche letztendlich auch zu Klagen vor dem EuGH führen könnten. Im Streitfall Dänemark gibt es unterschiedliche Standpunkte zum Erstattungsumfang von Behandlungen im europäischen Ausland. Nach dänischer Auffassung wird nur das erstattet, was eine vergleichbare Behandlung in Dänemark gekostet hätte. Wohingegen für die Kommission eine solche Obergrenze gerade nicht zwingend ist.¹²⁸ Im Konflikt mit Polen steht die Problematik im Raum, dass Anträge auf Auslandsbehandlungen sehr strengen Voraussetzungen unterliegen und überhaupt nur befürwortet werden, wenn die entsprechende Behandlung nicht oder nur mit einer unzumutbaren Wartezeit angeboten wird. Insgesamt ist die Ablehnungsrate jedoch sehr hoch.¹²⁹

Diese Fälle zeigen deutlich die immer noch bestehenden Schwierigkeiten bzw. Grauzonen der Umsetzung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs auf und machen deutlich, dass dieser sich wohl auch in Zukunft mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen zu befassen haben wird.

4. Zusammenfassung

Wie aufgezeigt ist die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen sowohl primär- als auch sekundärrechtlich geschützt. Die dargestellte Rechtsprechung hat klargestellt, dass auch die Grundfreiheiten auf Dienstleistungen im Gesundheitssektor Anwendung finden. Dies und die Berücksichtigung der Änderungen im EU-Recht aufgrund der Entwicklung eines Europäischen Sozial- und Gesundheitsrechts zwangen die Mitgliedstaaten zu einer Anpassung des nationalen Rechts. Die steigende Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen außerhalb des Mitgliedstaates, in dem man versichert ist und auch die Verabschiedung der Patientenrichtlinie werden zu neuen Streitigkeiten vor dem Europäischen Gerichtshof führen.

¹²⁷ Schlussanträge GA Trstenjak zu EuGH, Rs. C-255/09, *Kommission gegen Portugal*.

¹²⁸ Dänemark: Streit um Auslandsbehandlungen, *Eureport social* 3/2011, S. 20.

¹²⁹ Dänemark/Polen: Fehlendes Wissen setzt Grenzen, *Gesundheitsmonitor* 4/2010, Newsletter der Bertelsmann Stiftung, S. 9.

III. Perspektiven einer europäischen Entwicklung

Abschließend ist eine Bewertung dieser europäischen Entwicklungen zu den grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen vorzunehmen.

Die Sozial- bzw. Gesundheitspolitik der Europäischen Union hat sich bisher auf Nischenbereiche und symbolträchtige Themen bezogen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Sozialsysteme der Mitgliedstaaten extrem disparat und heterogen sind. Obwohl die Prämissen bezüglich der sozialen Absicherung allgemein als gleich einzuschätzen sind, differieren die Umsetzung und grundlegenden Konzeptionen. Außerdem besitzt die nationale Ausgestaltung der Sozial- und Gesundheitspolitik einen großen Stellenwert bei der Erlangung von Loyalitäten oder Unterstützung und kann wahlentscheidend wirken. Jedoch können Unterschiede in den Lebensverhältnissen zu Unzufriedenheit, sozialen Spannungen und politischen Instabilitäten führen sowie darin gipfeln, dass Einwohner aus Mitgliedstaaten mit einem niedrigen sozialen Niveau in solche mit einem hohen abwandern. Dennoch ist zu bezweifeln, ob eine europäische, unionsweite Solidarität existiert, die ein Gleichgewicht unter allen 27 Mitgliedstaaten bewirken kann, ohne dass die mitgliedstaatlichen Strukturen innerhalb der EU aufgelöst werden müssten.¹³⁰ Dies erscheint in naher Zukunft nicht realistisch.

Das liegt vor allen Dingen an der Gefahr und der Angst, dass die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit ausgehöhlt werden und so die Mitgliedstaaten ihrer Verpflichtung eine flächendeckende Daseinsvorsorge zu gewährleisten nicht mehr nachkommen könnten.

Dennoch sprechen Gründe für eine Europäisierung der Sozial- und Gesundheitspolitik, da sich die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren hin zu einem grenzüberschreitenden Markt entwickelt hat. Der Wettbewerb der Gesundheitssysteme und der immer größer werdende Kostendruck innerhalb der nationalen Gesundheitsversorgung führen zwangsläufig zur Erschließung von neuen Märkten und Zielgruppen. Dies könnte als Chance für eine effektive und sichere Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen gesehen werden. Gerade die erhöhte Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund der veränderten demographischen Entwicklung der Bevölkerung macht einen solchen grenzüberschreitenden europaweiten Gesundheitsmarkt attraktiv und birgt Entwicklungspotential für alle Beteiligten.

¹³⁰ Lamping, (Fn. 5), S. 610 ff.; Ribhegge, (Fn. 9), S. 369.

C. ÜBERBLICK ÜBER DIE GESUNDHEITSSYSTEME DER MITGLIEDSTAATEN

I. Anforderungen an ein nationales Gesundheitssystem und strukturelle Einordnung

Kein Gesundheitssystem eines Landes dieser Welt scheint dem eines anderen identisch zu entsprechen. Es gibt vielmehr einige wesentliche Differenzierungsmerkmale und zahlreiche Unterschiede im Detail.

Dies ist verständlich vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen, die ein Gesundheitssystem zu erfüllen hat. Welche Ziele zum Schutz der Gesundheit im Vordergrund stehen sollen, wird ganz unterschiedlich betrachtet. So fasste die OECD in einer 2005 durchgeführten Studie zusammen, dass Chancengleichheit der Menschen hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen, Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung im Vordergrund einer jeden Gesundheitspolitik stehen.¹³¹ Dagegen sieht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bevölkerung, in der gerechten Verteilung der finanziellen Lasten und im Erreichen eines bestimmten Gesundheitsniveaus in der Bevölkerung tragende Bestandteile für ein bestmögliches Gesundheitswesen.¹³² Den freien Zugang für alle, hohe Qualität von Leistungen im Gesundheitssektor und die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems hält die EU-Kommission von enorm wichtiger Bedeutung.¹³³ Daran lässt sich erkennen, dass hohe Anforderungen an die Staaten gestellt werden, den Bedürfnissen der Bevölkerung nachzukommen und gleichzeitig die verschiedenen Zielsetzungen zu erfüllen.

Vergleicht man die Gesundheitssysteme verschiedener Staaten miteinander, so gelingt es – bei allen Unterschieden im Detail – anhand wesentlicher struktureller Übereinstimmungen oder auch Unterschieden verschiedene Gruppen von Sozialversicherungssystemen zu identifizieren. Häufig wird dabei zwischen den Ländern mit dem sogenannten „Bismarck“-System auf der einen Seite und dem „Beveridge“-System auf der anderen differenziert.

Vergleicht man die Systeme idealtypisch, so lassen sich die folgenden Kriterien identifizieren¹³⁴:

Strukturprinzipien	Bismarck	Beveridge
Grundprinzip	(Sozial-)Versicherungsprinzip	Versorgungsprinzip
Verwaltung	Selbstverwaltung	Staat
Finanzierung	Beiträge	Steuern
Leistungsanspruch	Sachleistung/Kostenerstattung	Sachleistung
Leistungserbringung	öffentlich/freigemeinnützig/privatwirtschaftlich	öffentlich
Abgesicherter Personenkreis	Ausgewählte Personengruppen	Gesamte Bevölkerung

Zu den Ländern, die dem „Beveridge“-System zugeordnet werden, zählen beispielhaft neben Großbritannien, Irland und Portugal letztlich auch Italien, Spanien, Australien, Neuseeland, Kanada und die skandinavischen Länder. Sozialversicherungssysteme nach dem „Bismarck“-Modell weisen vor allem Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien, Luxemburg und Japan auf. Im Einzelfall weichen die jeweils nationalen Systeme mehr oder

¹³¹ OECD, L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCED, 2005, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8104102ec006.pdf?expires=1306173161&id=id&accname=ocid53026278&checksum=634EE834D7DDB80A897FA1F657E10D41> (30.07.2011).

¹³² Weltgesundheitsklärung der WHO, Mai 1998, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf (30.07.2011),

¹³³ Kommission, EU-Pressemitteilung vom 05.12.2001, IP/01/1747.

¹³⁴ Übersicht von Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010, S. 2.

weniger stark von dem typisierten Modell ab, so dass es in der Staatenpraxis zu zahlreichen Mischformen beider Modelle kommt.¹³⁵

II. Deutschland

Das deutsche Krankenkassenversicherungssystem geht zurück auf das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883.¹³⁶ Heute bildet das Sozialgesetzbuch V (SGB V) die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Dass sich das Krankenversicherungsrecht im stetigen Fluss befindet, zeigt sich daran, dass das SGB V seit Inkrafttreten zum 1. Januar 1989 weit über 80mal geändert wurde.¹³⁷ Eine wesentliche Besonderheit des deutschen Krankenversicherungssystem im Vergleich zu den Systemen anderer Staaten liegt darin, dass es als eines der letzten Gesundheitssysteme Westeuropas noch einem Teil der Bevölkerung die Möglichkeit lässt, der gesetzlichen Krankenversicherung fernzubleiben und in ein eigenes, privates und von der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängiges Versicherungssystem einzuzahlen.¹³⁸

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen als in Selbstverwaltung organisierte Körperschaften des öffentlichen Rechts (§§ 4 Abs. 1 SGB V, 29 Abs. 1 SGB IV). Diese haben Satzungs- und in gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen Finanzautonomie.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird im Wesentlichen über die Beiträge der Versicherten finanziert. Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Arbeitnehmer, deren Arbeitseinkommen die Versicherungsgrenze nicht übersteigen und außerdem Bezieher von Leistungen nach dem SGB II und III, Rentner, Landwirte, Künstler, Publizisten, Behinderte und Studierende. Mitversichert sind die nicht-berufstätigen Ehegatten sowie die Kinder der Pflichtversicherten. Darüber hinaus ist eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Finanziert wird die gesetzliche Krankenversicherung aus einem Gesundheitsfonds, in den sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer und Arbeitgeber einzahlen, und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen. Seit 2005 wird die Beitragslast nicht mehr paritätisch von Arbeitnehmer und -geber getragen (§ 249 Abs. 1 SGB V). Seit Januar 2011 beträgt der allgemeine Beitragssatz 15,5 % des Bruttoarbeitslohns (§ 241 SGB V) und setzt sich aus einem 7,3 %-igen Anteil der Arbeitgeber und einem 8,2 %-igen Anteil der Arbeitnehmer zusammen.

Die Vorgaben der einschlägigen EuGH-Rechtsprechung wurden im Jahre 2004 mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz umgesetzt. Seitdem bedürfen ambulante Behandlungen im EU-Ausland gemäß § 13 Abs. 4 SGB V keiner vorherigen Genehmigung mehr durch die gesetzlichen Krankenkassen. Krankenhausleistungen hingegen dürfen nach § 13 Abs. 5 SGB V nach wie vor nur nach vorheriger Zustimmung in Anspruch genommen werden.

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung besteht in Deutschland die Möglichkeit, sich unter bestimmten Bedingungen – abhängig Beschäftigte mit einem Bruttoeinkommen oberhalb der gesetzlichen Versicherungspflichtgrenze, Selbstständige, Freiberufler und Beamte – für eine private Krankenversicherung zu entscheiden. Dabei ist mit dem Begriff private Krankenversicherung (PKV) die Gesamtheit der privatrechtlich organisierten Krankenversicherungsunternehmen, die eine Absicherung gegen Krankheitskosten anbieten, umfasst.¹³⁹ Rechtliche Grundlage für die Private Krankenversicherung sind die §§ 192-208 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Rechtsgrundlage für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland ist § 207 Abs. 3 VVG. Dieser lautet wie folgt: „*Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, setzt sich das*

¹³⁵ Eine gute Übersicht m.w.N. findet sich bei Schölkopf, (Fn. 134).

¹³⁶ Reichsgesetzblatt I, S. 73.

¹³⁷ Muckel, Sozialrecht, 2. Aufl., 2004, S. 94.

¹³⁸ Schölkopf, (Fn. 134), S. 50.

¹³⁹ <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung/versicherte/private-krankenversicherung.html> (30.07.2011).

Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherte höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.“

Die GKV erhebt einkommensabhängige Beiträge, die Beiträge zur PKV sind einkommensunabhängig. Während bei den GKV angebotenen und dem von den PKV zwingend anzubietenden Basisstarif das Sachleistungsprinzip gilt, werden bei den übrigen Tarifen der PKV grundsätzlich die dem Versicherten entstandenen Kosten erstattet.¹⁴⁰

III. Frankreich¹⁴¹

1. Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems

Mit Art. 11 der französischen Verfassung von 1945 ist das Recht auf Schutz der Gesundheit verfassungsrechtlich verankert. Das französische Krankenversicherungssystem datiert ebenfalls von 1945.¹⁴² Das französische Gesundheitssystem baut auf zwei Grundprinzipien – dem Prinzip der freien Arztwahl und dem Prinzip der Kostenerstattung nach vorheriger Zahlung durch den Patienten¹⁴³ – auf.

Das französische Krankenversicherungssystem – geprägt von einer starken staatlichen Intervention – beruht auf dem Solidaritätsprinzip.¹⁴⁴ Das heißt, es besteht für Jedermann mit Wohnsitz in Frankreich freier Zugang zur Gesundheitsversorgung, unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht oder Einkommen. Das französische Gesundheitssystem ist eines der kostenintensivsten in Europa. Im Jahr 2005 betragen die Ausgaben 181 Mrd. Euro; eine Summe, die 10,6 % des Bruttoinlandsprodukts ausmacht.¹⁴⁵ Damit ist Frankreich unter 23 Ländern nach den USA, der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland¹⁴⁶ Vorreiter bezüglich der Ausgaben in der Gesundheitsversorgung. Praktisch alle Franzosen (99 %) sind zum heutigen Zeitpunkt über die gesetzliche Krankenversicherung in Frankreich (*l'assurance maladie*) versichert. Darunter annähernd 85 % über die allgemeine Krankenversicherung (*régime général*). Im Durchschnitt gibt jeder Franzose im Jahr 2.580 Euro für seine Gesundheit aus.¹⁴⁷ Frankreich ist eines der Länder mit dem höchsten Medikamenten-pro-Kopf-Verbrauch.¹⁴⁸ Dies hat – wie in praktisch allen Ländern mit vergleichbarem Niveau des Gesundheitsschutzes – zu der Notwendigkeit einiger Reformbemühungen in den letzten Jahren geführt. Bei den angestrebten Reformen spielen natürlich auch die gesetzlichen Vorgaben der Europäischen Union eine Rolle.¹⁴⁹

Das in Frankreich pluralistisch organisierte Gesundheitssystem ist mit privaten und öffentlichen Strukturen ausgestattet. Der staatliche Einfluss auf das Gesundheitssystem in Frankreich ist bedeutend.¹⁵⁰ So legt der Staat beispielsweise die Beitragssätze fest, er kann Entscheidungen der Krankenkassen aufheben, die Haushaltspläne werden staatlich kontrolliert, die Qualitätsstandards in der Gesundheitsversorgung stehen unter staatlicher Überwachung, das Leistungsangebot wird staatlich reguliert, die Gesundheitskräfte werden vom Staat ausgebildet und die Öffentlichkeitsarbeit wird von staatlicher Seite betrieben. Diese starke Lenkung des Gesundheitswesens durch den Staat spiegelt sich vor allem auch in der Strukturierung der Krankenkassen wider.

Denn es gibt sowohl eine nationale Ebene, die kontrolliert, überwacht und leitet, als auch eine regionale und lokale Ebene, die der Umsetzung und Ausführung dient. Dem Ministerium für Gesundheit und Solidarität (*Ministère de la Santé et des Solidarités*) obliegt die Aufsicht und Leitung des Sozial- und Gesundheitswesens auf Département- bzw. Regionalebene. Nationale Krankenkassen verwalten die regionalen Krankenkassen

¹⁴⁰ Bund der Versicherten e.V. (Hrsg.), Gut versichert in der privaten Krankenversicherung oder in der gesetzlichen Krankenkasse, <https://www.bunderversicherten.de/app/download/BdV-PKV-Broschuere.pdf> (30.07.2011).

¹⁴¹ Aktuelle Zusammenfassung auch von Kümin/ Lemberger, Ausgewählte Aspekte der Gesundheitsrechtsordnungen der Schweiz, Deutschlands und Frankreichs, in: Odendahl/ Tschudi/ Faller (Hrsg.), Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, 2009, S. 23 ff.; sehr ausführliche Darstellung von Tiemann, Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt, 2006.

¹⁴² Ordonance n°45-2250 du 4 octobre portant organisation de la sécurité sociale, JORF du 6 octobre 1945, S. 6280.

¹⁴³ Dupeyroux, Droit de la sécurité sociale, 13. Aufl. 1998.

¹⁴⁴ Tiemann, (Fn. 141), S. 82.

¹⁴⁵ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-france/> (30.07.2011).

¹⁴⁶ Je nach Statistik auch an fünfter Stelle hinter Kanada, siehe Tiemann, (Fn. 141), S. 77 mit Verweis auf Quellen der OECD.

¹⁴⁷ OECD, Health at a Glance 2009 – OECD Indicators, 2009, S. 160 ff.

¹⁴⁸ Ibid., S. 166 ff.

¹⁴⁹ Del Sol, La construction juridique du marché de l'assurance santé en Europe, Revue de droit sanitaire et social 2011, S. 197.

¹⁵⁰ Pellet, Assurance maladie et territoriaux, Revue de droit sanitaire et social 2009, S. 38.

zentral. Auf **nationaler Ebene** existieren die nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer (*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*, CNAMTS), die nationale Kasse für Landwirtschaft (*Caisse nationale du régime agricole*) und die nationale Krankenkasse des Handels und des Handwerks (*Caisse nationale des commerçants et artisans*). Letztere wurden in der Union der nationalen Krankenkassen (*Union des caisses nationales d'assurances maladie*, UNCAM) zusammengeschlossen. Die nationale Krankenkasse für Arbeitnehmer führt Aufsicht über die 128 regionalen Krankenkassen und die Ortskrankenkassen (*Caisses primaires d'Assurance maladie*, CPAM). Neben der Union der nationalen Krankenkassen besteht die Union der Zusatzversicherungen (*Union des organismes complémentaires*, UNOCAM), die die gesamten lokalen Zusatzversicherungsanstalten vereint.

So wie es auf nationaler Ebene eine Union der nationalen Krankenkassen (UNCAM) gibt, existiert auch auf **regionaler Ebene** eine regionale Union der Krankenkassen (*Union régionale des caisses d'assurance maladie*, URCAM), die alle lokalen Krankenversicherungen zusammenfasst. Sie ist zuständig für die Krankenversicherung der Landwirtschaft und der Selbstständigen. Je nach Gebiet kann sie auch für Bergarbeiter, Bahnangestellte und Seeleute maßgeblich sein. Sie ist außerdem befugt, Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten über Gesundheitsleistungen und deren Kosten abzuschließen. Die regionalen Krankenkassen, geführt von den nationalen Krankenkassen für Arbeitnehmer, der Landwirtschaft sowie des Handels und des Handwerks, sind an der Finanzierung der Leistungen beteiligt und setzen die medizinische Versorgung für die Arbeitnehmer der allgemeinen Krankenversicherung um. Sie verwalten den Versorgungsbereich „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“ und gestalten, ebenso wie die staatlichen Gesundheitsbehörden (*Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales*, DRASS), die Prävention und beurteilen die stationären Einrichtungen.

Die Aufsicht und die Finanzierung der Krankenhäuser ist Aufgabe der regionalen Agentur für die stationäre Versorgung (*Agence régionale de l'hospitalisation*, ARH), wobei keine Kontrolle durch das Gesundheitsministerium stattfindet.

In Frankreich bestehen verschiedene Krankenversicherungen nebeneinander, die sich nach Berufsgruppen ihrer Mitglieder unterscheiden. Der größte Teil der Bevölkerung ist in der allgemeinen Krankenversicherung (*régime générale d'assurance maladie*) auf **lokaler Ebene** versichert, die für die Mehrheit der Arbeitnehmer zuständig ist. Zudem werden auch andere Personengruppen erfasst, wie insbesondere Studenten und Empfänger von Sozialleistungen. Es sind alle Familienmitglieder mitversichert. Die allgemeine Krankenversicherung deckt die vier Versorgungsbereiche „Krankheit, Mutterschaft, Invalidität und Tod“, „Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten“, „Altersversorgung“ und „Familie“¹⁵¹ sowie auch Verdienstaufschlag bei Arbeitsunfähigkeit ab.¹⁵²

Neben der allgemeinen Krankenversicherung gibt es zusätzlich Sondersysteme für bestimmte Arbeitnehmergruppen. In manchen dieser speziellen Krankenversicherungen werden alle Risiken, wie in der allgemeinen Krankenkasse, versichert, andere sind nur für die Altersversicherung zuständig. In letzterem Fall sind die Arbeitnehmer noch zusätzlich Mitglied bei der allgemeinen Krankenversicherung, damit alle Gesundheitsrisiken abgedeckt sind. Die Krankenversicherung für Selbstständige (*régime autonomes d'assurance maladie*, CANAM) zählt zu den Sondersystemen. Sie ist für Gewerbetreibende, Handwerker und Freiberufler zuständig. Sie deckt allerdings nur die Alterssicherung ab. Daher ist für die Selbstständigen eine Zusatzversicherung in der allgemeinen Krankenkasse obligatorisch.¹⁵³ Zuletzt ist im Jahr 2000 eine Krankenkasse für Einkommensschwache, die allgemeine Zusatzversicherung (*Couverture maladie universelle*, CMU), gegründet worden, damit auch für den bedürftigen Teil der Bevölkerung ein Versicherungsschutz gewährleistet werden kann. Die Mehrheit der Versicherungsnehmer ist dabei über die Sozialversicherungskasse (*Caisse de Sécurité Sociale*) versichert. Die allgemeinen Zusatzversicherungsorganisationen übernehmen die verbliebenen zu Versicherten. Für Einkommensschwache fällt die Beitragspflicht weg. Die Kostenübernahme erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.¹⁵⁴ Die ursprüngliche Vorstellung, dass ein gesetzliches

¹⁵¹ Beske/ Drabinski / Goldbach, Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Bd. I – Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen, 2005, S. 93.

¹⁵² Chauchard, Droit de la sécurité sociale, 2. Aufl., 1998.

¹⁵³ Beske/ Drabinski / Goldbach, (Fn. 151), S. 96.

¹⁵⁴ Ibid.

Krankenkassensystem das Sozialhilfesystem ersetzen könnte, hat sich somit nicht verwirklicht. Auch heute bedarf es beider Systeme, um einen umfassenden Sozialschutz zu gewährleisten.¹⁵⁵

Da die Krankenkassen oft nur einen Teil der Gesundheitskosten erstatten, haben viele Franzosen Zusatzversicherungen abgeschlossen.¹⁵⁶ Diese sind über Gesellschaften auf Gegenseitigkeit (*mutuelles*), Versicherungsgesellschaften oder Vorsorgewerke organisiert.¹⁵⁷ Die gesetzlichen Regelungen für die privaten Krankenversicherungen finden sich in den Artikeln R. 310-11 ff. Code des Assurances.

Die primären Krankenkassen oder auch Ortskrankenkassen genannt, die von der nationalen Krankenkasse für Arbeitnehmer kontrolliert werden, zahlen die Versicherungsleistungen. Daneben gibt es lokale Krankenkassen, die von der nationalen Krankenkasse der Landwirtschaft oder der des Handels und des Handwerks gelenkt werden und auch nur in diesen Sektoren zuständig sind. Sie erbringen soziale Dienstleistungen und finanzieren diese. Insbesondere befinden sich auf lokaler Ebene die verschiedenen oben angesprochenen Einzugsstellen für die Versicherungsbeiträge.

2. Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze

In Frankreich gilt das Kostenerstattungsprinzip. Das heißt, die Gesundheitsleistungen werden zunächst vom Patienten direkt bezahlt und erst später von der Krankenkasse zurückerstattet. Die Leistungen der verschiedenen Krankenversicherungen sind nahezu identisch. Es gibt einen Leistungskatalog für anerkannte Behandlungsverfahren, der regelmäßig evaluiert wird. Er enthält Vorgaben, welche Behandlungen und Versorgungsmaßnahmen erstattet werden. Eine gleiche Liste besteht für Arznei- und Hilfsmittel, deren klinische Wirksamkeit von der Transparenzkommission analysiert und alle fünf Jahre beurteilt wird.

Die Versicherungsbeiträge werden sowohl vom Arbeitgeber als auch vom Arbeitnehmer erbracht. Im Unterschied zum deutschen und luxemburgischen System tragen sie aber nicht jeweils annähernd die Hälfte der Versicherungskosten, sondern dem Arbeitgeber fallen 12,8 % Lohnanteil als Beitragslast zu und der Arbeitnehmer zahlt nur 0,75 % Lohnanteil zu seiner Krankenversicherung.¹⁵⁸

Die Versicherungsnehmer zahlen nicht nur den regulären Beitragssatz zur Finanzierung der medizinischen Versorgung, sondern sie sind auch mit einem Zusatzbeitrag und einem allgemeinen Sozialbeitrag belastet. Der Zusatzbeitrag variiert je nach Region und dient der Bereitstellung finanzieller Mittel für die Verwaltungsaufgaben und die sonstigen sozialen Maßnahmen der Krankenversicherung.¹⁵⁹ Neben Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgeber ist von allen Franzosen also ein einkommensabhängiger Sozialbeitrag in Höhe von derzeit 5,25 % des Einkommens (3,95 % bei Lohnersatzleistungen) zu leisten. Darüber hinaus fließen Einnahmen aus der Alkohol- und der Tabaksteuer ebenso unmittelbar ins Gesundheitssystem wie eine Steuer auf die Werbung der Pharmaindustrie. Seit 2007 müssen die Franzosen zudem eine Zuzahlung ähnlich der deutschen Praxisgebühr leisten.

3. Umsetzung der europäischen Regelungen

Die Kostenübernahme für medizinische Behandlungen, die außerhalb Frankreichs vorgenommen werden, ist im Code de la sécurité sociale in den Art. R. 332-3 und R 332-4 geregelt.¹⁶⁰ Die Kostenerstattung durch die

¹⁵⁵ Borgetto/ Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 3. Aufl. 2000.

¹⁵⁶ André/ Turquet, *L'assurance maladie complémentaire en France : état des lieux et perspectives, de droit sanitaire et social 2011*, S. 210; Borgetto, *L'assurance santé privée en Europe, Revue de droit sanitaire et social 2011*, S. 195.

¹⁵⁷ Tiemann, (Fn. 141), S. 71 ff.

¹⁵⁸ Homepage des französischen Gesundheitsministeriums, www.sante.gouv.fr (30.07.2011).

¹⁵⁹ Beske/ Drabinski / Goldbach, (Fn. 151), S. 93, Rn. 153.

¹⁶⁰ Dekret Nr. 2005-386 vom 19.04.2005 über die Kostenübernahme für außerhalb Frankreichs erhaltene Behandlungen und zur Änderung des Code de la sécurité sociale (Zweiter Teil: Dekrete mit Anhörung des Conseil d'État), JORF vom 27.04.2005, S. 7321, Art. R. 332-3: Krankenkassen erstatten die Kosten von Behandlungen, die einer versicherten Person und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erbracht wurden, unter den gleichen Bedingungen, wie wenn die Behandlung in Frankreich durchgeführt worden wäre, ohne dass die gewährte Erstattung die der versicherten Person entstandenen Kosten überschreiten darf und vorbehaltlich der in den Art. R. 332-4 bis R. 332-6 vorgesehenen Anpassungen. Art. R. 332-4: Außer im Fall unvorhergesehener Behandlungen erstatten die

Krankenkasse für die Behandlung von französischen Versicherten im Ausland erfolgt unter den gleichen Bedingungen wie bei einer inländischen Behandlung. Krankenhausaufenthalte und der Einsatz von Großgeräten bedürfen außer bei Notfällen der vorherigen Genehmigung der Kostenübernahme durch die jeweils zuständige Krankenkasse. Die Genehmigung darf aber nur verweigert werden, wenn entweder die Behandlung auch in Frankreich nicht erstattungsfähig wäre oder die gleiche Behandlung in einer dem Patienten zumutbaren Art und Weise auch in Frankreich angeboten werden kann.

IV. Luxemburg

1. Organisation und Struktur des Krankenversicherungssystems

In Luxemburg fand 2009 eine Neustrukturierung der Krankenkassenlandschaft statt. Mit dem Zusammenschluss von sechs Krankenkassen aus der Privatwirtschaft – namentlich der Privatbeamtenkasse, Arbeiterkrankenkasse, Kasse der Arbed¹⁶¹-Beamten, Kasse der Arbed-Arbeiter, der Krankenkasse der Freiberufler und der Krankenkasse der Landwirte – hat Luxemburg seit Januar 2009 eine nationale Gesundheitskasse (*Caisse Nationale de Santé*), ausgestattet mit 18 Zweigstellen im gesamten Herzogtum. Die drei Krankenkassen für die Beschäftigten im öffentlichen Sektor sind eigenständig bestehen geblieben. Durch diese Maßnahme sollte das finanziell stark beanspruchte Gesundheitssystem entlastet werden. *„Wie auch in anderen Ländern wachsen in Luxemburg die Ausgaben für Gesundheit stark an. 2003 sind sie noch um rund 10 Prozent gestiegen. 2009 waren es immer noch 6 Prozent.“*¹⁶²

In Luxemburg besteht wie in vielen EU-Mitgliedstaaten die Versicherungspflicht im Bereich der Krankenversicherung. Dabei enthält die Krankenversicherung nicht zugleich eine Pflegeversicherung (*assurance dépendance*), sondern diese ist davon getrennt abzuschließen. Für sie zieht das *Centre commun de la Sécurité sociale* einen Sonderbeitrag von 1,4 % des Gesamteinkommens ein, der überwiegend der Finanzierung von Seniorenheimen und Pflegeeinrichtungen dienen soll.

2. Finanzierung, Kostenerstattung und Beitragssätze¹⁶³

Primär wird die Gesundheitsversorgung über die Krankenversicherungsbeiträge finanziert. Da diese aber allein nicht ausreichen, fangen staatliche Beihilfen einen Teil der Gesundheitskosten auf. Nicht zuletzt die Zuzahlungen durch die Patienten sowie die Zusatz- und Privatversicherungen tragen dazu bei, die Kosten der sozialen Sicherung der Bevölkerung zu decken. Inzwischen wird aufgrund dessen jährlich mit den jeweiligen Krankenhäusern ein Jahresbudget ausgehandelt, das nicht überschritten werden darf.

Die Versicherungsbeiträge müssen jeweils zu gleichen Teilen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber erbracht werden. Dabei behält der Arbeitgeber seinen zu leistenden Beitrag ein und leitet ihn an die zuständige Behörde weiter. Die Beitragshöhe ist einkommensabhängig und betrug im Juli 2010 2,7 % des Bruttolohnes, wobei dies so niedrig ist, wie in keinem anderen EU-Mitgliedstaat. Zudem soll für alle Beschäftigte ab dem Jahr 2012 der Beitragssatz stufenweise auf 0,25 % gesenkt werden.

Krankenkassen die Kosten von Sozialversicherten und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums erbrachten, ihrem Zustand angemessenen Krankenhausbehandlungen oder Behandlungen, die den Einsatz der in Art. R. 712-2 Abschnitt II des Code de la santé publique genannten medizinischen Großgeräte erfordern, nur bei Vorliegen einer vorherigen Genehmigung. Diese Genehmigung kann nur abgelehnt werden, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. Die vorgesehene Behandlung zählt nicht zu denjenigen, für die nach französischem Recht eine Erstattung vorgesehen ist;
2. die gleiche oder eine ebenso wirksame Behandlung kann unter Berücksichtigung der Verfassung des Patienten und der mutmaßlichen Entwicklung seiner Krankheit in einem angemessenen Zeitraum in Frankreich erlangt werden.

¹⁶¹ Arbed (Akronym für Aciéries Réunies de Burbach-Eich-Dudelange, deutsch „Vereinigte Stahlhütten Burbach-Eich-Düdelingen“) war ein luxemburgischer Stahlkonzern.

¹⁶² Ausschnitt aus einem Schreiben des Gesundheitsministeriums zur Gesundheitsreform vom 17.12.2010, <http://www.cns.lu/assures/?m=81-0-0&p=240> (30.07.2011).

¹⁶³ http://www.statistiques.public.lu/stat/ReportFolders/ReportFolder.aspx?IF_Language=fra&MainTheme=3&FldrName=2&RFPath=127 (30.07.2011).

Früher wurde hinsichtlich der Beitragshöhe bei Geldleistungen zwischen Arbeitern (*ouvriers*) und Angestellten (*employés privés*) unterschieden. Doch mit der Einführung des Einheitsstatuts wird diese Unterscheidung nicht mehr getroffen und seit 2008 ist im Arbeits- und Sozialrecht nur noch der Begriff „Beschäftigte“ (*salariés*) zu finden.¹⁶⁴

Selbstständige müssen ihren Versicherungsbeitrag in voller Höhe (5,4 %) selbst entrichten. Personen, die Sozialleistungen empfangen, erhalten ihre Beitragshälfte von der Sozialbehörde. Demgegenüber findet bei Renten-, Arbeitslosengeld- und Lohnersatz-Beziehern eine Einbehaltung des entsprechenden Beitragssatzes vor der Auszahlung statt und der dann direkt an die jeweilige Krankenkasse abgeführt wird.

Die Gesundheitsleistungen werden, anders wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland, jedoch wie in Frankreich, nicht direkt von den Krankenkassen bezahlt, sondern die Patienten müssen als Versicherungsnehmer in Vorkasse treten und bekommen den Betrag erst mit der Einreichung aller Quittungen von der Krankenkasse innerhalb der nächsten 28 Tage zurückerstattet. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die erste ärztliche Behandlung meist zu 80 % erstattet wird, alle folgenden zu 95 %. Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln werden grundsätzlich 78 % von der nationalen Gesundheitskasse übernommen, dies kann jedoch je nach Arzneimittel schwanken. Jedenfalls darf die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers 3 % des beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Vorjahres nicht übersteigen.

3. Leistungen und Umfang der Gesundheitsversorgung

Für alle im Privatsektor tätigen Personen ist die nationale Gesundheitskasse (*Caisse Nationale de Santé*) zuständig. Die Familienmitglieder, insbesondere Kinder bis 27 Jahre, sind darin mitversichert.

Nicht nur die geringe Beitragsleistung zeichnet das luxemburgische Gesundheitssystem aus, sondern auch ein umfassender Versicherungsschutz. Grundsätzlich besteht freier Zugang zum Hausarzt sowie zum Facharzt. Auch Zahn- und Augenbehandlungen werden von der Krankenkasse übernommen. Allerdings kann in diesen Fachrichtungen eine Pflicht zu Kontrolluntersuchungen bestehen, damit eine Erstattung durch die Krankenkasse erfolgt. Des Weiteren sind Laboruntersuchung, Rezepte und auch Notfallbehandlungen im Ausland erfasst, wenn der Auslandsaufenthalt nicht nur zum Zwecke der Behandlung stattfindet. Bei erforderlichen Krankenhausaufenthalten besteht zwar grundsätzlich eine freie Wahl des Krankenhauses, jedoch ist die vorherige Zustimmung der Krankenkasse einzuholen. Es werden jedoch nicht immer die vollen Kosten der Behandlung übernommen, stattdessen werden Zuzahlungen von den Patienten gefordert.

Um diese Zuzahlungen aufzufangen haben viele Luxemburger Zusatzversicherungen abgeschlossen, die oftmals auf dem Prinzip des Genossenschaftswesens basieren. Sie übernehmen Kosten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht getragen werden können. Die dem Sozialversicherungsministerium angeschlossenen Versicherungsträger sind gemeinnützige Krankenversicherungen oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (*mutuelles*). Der hohe Anspruch zu den Zusatzversicherungen begründet sich schon allein aus den nur geringen Kosten, die damit verbunden sind. Außerdem sind bei den Zusatzversicherungen eventuell noch weitere Leistungen inbegriffen, wie zum Beispiel Krankenhausaufenthalte, Zahnbehandlungen, Kosten für Behandlungen im Ausland, die die *Caisse Nationale de Santé* aufgrund der europäischen Regelungen nicht zu erstatten hätte. Zu beachten ist jedoch, dass die Zusatzversicherungen keine Familienversicherungen sind.

V. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den drei Ländern Deutschland, Frankreich und Luxemburg die Unterschiede in der Leistungserbringung als gering einzustufen sind. In allen drei Ländern wird Krankenfürsorge auf hohem Niveau geboten. Das gemeinsame Problem der drei Systeme ist ihre Finanzierung, die in keinem der drei Länder für die Zukunft gesichert scheint. Dieser steigende Kostendruck führt dazu, dass in allen drei Ländern das Gesundheitssystem andauernden Reformen unterliegt, deren Ende auf absehbare Zeit nicht zu erwarten ist.

¹⁶⁴ Gesetz vom 13.05.2008, <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2008/0060/a060.pdf> (30.07.2011).

D. INANSPRUCHNAHME VON GRENZÜBERSCHREITENDEN GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

In diesem Abschnitt soll näher auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Grenzregionen bzw. der Großregion SaarLorLux eingegangen werden. Hierbei soll zum einen die Behandlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen und zum anderen deren Abwicklung innerhalb der Großregion dargestellt werden. Neben zahlreichen Initiativen wird auch auf mögliche Probleme eingegangen.

I. Grenzregionen

Eine Grenzregion ist ein „*identifizierbarer Handlungsraum (Region), der sich durch eine oder mehrere nationalstaatliche Grenzen und damit durch nationalstaatliche Teilräume auszeichnet und gleichzeitig durch grenzüberschreitende institutionelle Arrangements auf subnationaler Ebene repräsentiert wird.*“¹⁶⁵ Grenzregionen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie an der Peripherie eines Nationalstaates liegen und zumeist erhebliche Strukturprobleme aufweisen, da Nationalstaaten sich grundsätzlich auf die Zentren der politischen Macht, die Hauptstädte, oder des wirtschaftlichen Wachstums, zumeist Ballungsräume, orientieren und konzentrieren. Eine solche Ausrichtung ist jedoch für Grenzregionen nicht förderlich. Im Rahmen der Globalisierung und der Europäischen Integration sind zahlreiche Verflechtungen entstanden, die die Bedeutung von Grenzregionen in den Vordergrund treten lassen.

Hinzu kommt, dass insgesamt ca. 30 % der EU-Bevölkerung auf mehr als 40 % der Fläche der EU in Grenzregionen leben.¹⁶⁶ Dies kann und sollte effektiv sowie sinnvoll für den europäischen Integrationsprozess genutzt werden. Solche Grenzregionen zeichnen sich durch „intensive grenzüberschreitende funktionale Verflechtungen“, „etablierte institutionelle Arrangements grenzüberschreitender Zusammenarbeit“ und die „Ausbildung großräumiger Kooperationsräume“ aus.¹⁶⁷ Dabei stehen solche Grenzregionen vielfach vor den gleichen Herausforderungen, wie etwa die großen Unterschiede in den funktionalen und territorial-administrativen Strukturen, den Sprachbarrieren, den unterschiedlichen Planungs- und Verwaltungskulturen sowie der doppelten bzw. mehrfachen Organisation der gleichen Handlungsbereiche.¹⁶⁸ Ein wichtiger Bereich in diesem Spannungsfeld ist die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen.

Als wichtige Grenzregionen mit Entwicklungspotenzial gelten in Deutschland insbesondere die Euregio Rhein-Maas mit den beteiligten Staaten Belgien und Niederlande; die trinationale Metropolregion Oberrhein mit Frankreich und der Schweiz; die Bodenseeregion mit der Schweiz, Österreich und Liechtenstein sowie natürlich die Großregion SaarLorLux. Diese ist mit einer Fläche von 65.400 km² und einer Bevölkerung von ca. 11.3 Mio. der größte Verflechtungsraum.

II. Allgemeine Behandlung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen

Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen nehmen in ihrem Stellenwert immer mehr zu. Bereits 2007 wurden 680.000 Deutsche, die in der GKV versichert sind, im Ausland behandelt¹⁶⁹ – bei der Berücksichtigung

¹⁶⁵ Schmidt-Egner, Handbuch zur Europäischen Regionalismusforschung – theoretisch-methodische Grundlagen, empirische Erscheinungsformen und strategische Optionen des Transnationalen Regionalismus im 21. Jahrhundert, 2005.

¹⁶⁶ Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG), Europäische Charta der ‚Grenz- und grenzübergreifenden Regionen, 2004.

¹⁶⁷ Hartz/ Damm/ Köhler, Großräumige grenzüberschreitende Verflechtungsräume – Ein „Modellvorhaben der Raumordnung“ (MORO) des Bundes, in Raumforsch Raumordn (2010), S. 505 ff.

¹⁶⁸ BuMI Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, Metropolitane Grenzregionen – Abschlussbericht des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO), Überregionale Partnerschaften in grenzüberschreitenden Verflechtungsräumen, 2011, S. 10.

¹⁶⁹ TK, Die TK in Europa – TK-Ergebnisanalyse zu EU-Auslandsbehandlungen 2007, 2007, S. 13 ff.

der privat Versicherten schätzt man die Zahl der im Ausland behandelten auf maximal 4 Mio. Deutsche.¹⁷⁰ Das volkswirtschaftliche Potenzial eines EU-Gesundheitsmarktes wird als hoch und zukunftsfähig eingeordnet.¹⁷¹

1. Grenzüberschreitungen

Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen können in unterschiedlicher Weise in Anspruch genommen werden und werden in diesen Fällen auch unterschiedlich behandelt, wobei hier nur ein Auslandsbezug mit EU-Mitgliedstaaten bzw. Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) berücksichtigt wird:

- *Akutbehandlungen bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland*

Hierunter sind solche Behandlungen zu verstehen, die bei einem kurzfristigen Aufenthalt im Ausland spontan vorgenommen werden, z.B. Krankheit oder Verletzung während des Urlaubs oder einer Geschäftsreise.

- *Geplante Behandlungen im Ausland*

Dies sind Behandlungen, die gezielt im Ausland vorgenommen werden und die bei einem stationären Aufenthalt zuvor bei der zuständigen Krankenkasse beantragt bzw. genehmigt werden müssen, so etwa bei Zahnbehandlungen, Kuraufenthalten, Spezialoperationen etc.

- *Grenzgänger*

Grenzgänger sind Arbeitnehmer, die nicht im gleichen Staat arbeiten, wo sie auch wohnen, d.h. der Wohnsitz liegt beispielsweise in Deutschland und der Arbeitsort in Frankreich, so dass täglich die Grenze überquert werden muss.

- *Aufenthalt von Studierenden im Ausland (Auslandsstudium)*

Hierunter fallen Studierende, die einen Auslandsaufenthalt zum Studium in einem EU-Mitgliedstaat oder einem Land des EWR verbringen und dort Gesundheitsleistungen bei Krankheit oder Verletzung in Anspruch nehmen. Diese Studierenden sind an einer deutschen Hochschule formell immatrikuliert.

- *Rentner*

Hier sind zum einen die Rentner zu nennen, die ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland verlegt haben und zum anderen diejenigen, die zwischen ihrem bisherigen Wohnsitz und einem Wohnsitz im Ausland pendeln.

Neben diesen Fallgruppen sind weitere Sonderkonstellationen möglich, die im Einzelfall näher betrachtet werden müssen. Dieses Gutachten beschränkt sich auf die ersten drei genannten Kategorien, da Studierende und Rentner zwar ähnlich behandelt werden, aber doch Besonderheiten aufweisen. Studierende sind, wenn sie während ihres Auslandssemesters in einem EU- oder EWR-Land an einer deutschen Hochschule eingeschrieben sind, bei einer deutschen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so dass die vor Ort gesetzlich vorgeschriebenen Sachleistungen über den ausländischen Krankenversicherungsträger geleistet werden. Aufgrund der starken Differenzen in den Leistungssystemen wird zum Abschluss einer Zusatzversicherung geraten. Bei Rentnern ist dies im Grundsatz ähnlich, auch diese werden beim Bezug einer deutschen Rente im deutschen System krankenversichert und erhalten dann die vor Ort üblichen Leistungen. Besonderheiten gelten bei Grenzgängern in Rente.¹⁷² Beide müssen ihre Anspruchsberechtigung durch eine Bescheinigung der deutschen Krankenkasse belegen. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland werden Behandlungen aufgrund der Krankenversicherungskarte abgerechnet.

¹⁷⁰ European Commission, Cross-border health services in the EU – Analytical Report, in Flash Eurobarometer, June 2007, S. 7 ff.

¹⁷¹ Demnach wird der öffentlich-finanzierte EU-Gesundheitsmarkt 2007 auf ein Marktvolumen von 1 Billion Euro geschätzt, wovon 10 Mrd. Euro auf grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen entfallen, vgl. http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2011.publications/2011.Wismar_Cross-border_HealthCare_EU.pdf (30.07.2011).

¹⁷² Vgl. GKV, DVKA, Meine Krankenversicherung bei Wohnort im Ausland – Eine Informationsbroschüre für Rentner, die in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind, <http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/Publikationen/MerkblattRentner.htm> (30.07.2011).

2. Anwendbare Rechtsvorschriften

Durch die neue Patientenrichtlinie ist die bisherige Rechtslage nicht unbedingt vereinfacht worden. In Deutschland haben Patienten den Vorteil, dass die bisherigen Entwicklungen bereits umfangreich gesetzlich umgesetzt wurden, so dass sie ihren Anspruch nach den Regelungen des deutschen Sozialgesetzbuchs durchsetzen können.

a) Abrechnungsmodalitäten nach beiden Systemen

Die Patientenrichtlinie 2011/24/EU und die Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1407/71 bzw. die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 unterscheiden sich in den Anspruchsvoraussetzungen, -inhalt und -abwicklung voneinander. Aufgrund dessen ist der Anwendungsbereich der beiden Regelungssysteme zu klären, wobei bereits oben die unterschiedliche Rechtsqualität der beiden Rechtsakte Richtlinie und Verordnung dargestellt wurde.

aa) Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1408/71 und (EG) Nr. 883/2004

Personen können gemäß der Verordnung Leistungen der Gesundheitsfürsorge des Mitgliedstaates, in dem sie wohnen, in Anspruch nehmen, obwohl sie dort nicht versichert sind. Jedoch sind hierbei bestimmte Modalitäten zu beachten. So bestimmt Art. 19 Abs. 1 Verordnung (EG) Nr. 883/2004, dass der Berechtigte Anspruch auf Sachleistungen gegen den Sozialversicherungsträger des Wohnmitgliedstaates nach dessen Vorschriften hat. Dies erfolgt jedoch auf Rechnung des zuständigen Trägers. Bei Behandlungen, die außerhalb des Wohnmitgliedstaates bzw. des zuständigen Mitgliedstaates vorgenommen werden, werden Sachleistungen ebenfalls von dem Träger des Aufenthaltsstaates nach dessen Vorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers geleistet. Jedoch nur solche Behandlungen, die medizinisch notwendig sind. Verreist der Versicherte ausschließlich aus dem Grund, dass er woanders Sachleistungen in Anspruch nehmen will, so muss er sich dies vorab gemäß Art. 20 VO (EG) Nr. 883/2004 genehmigen lassen.

Sachleistungen werden vom Träger vor Ort vorgenommen und dann nach Art. 35 VO (EG) Nr. 883/2004 mit dem zuständigen Träger abgerechnet. Da bei den Leistungen und deren Umfang das Recht des Behandlungsstaates einschlägig ist, hat der zuständige Träger nur zu prüfen, ob ein Versicherungsverhältnis zur Zeit der Behandlung bestanden hat. Bei Geldleistungen exportiert der zuständige Träger diese nach Art. 1 VO (EG) Nr. 883/2004 entweder selbst oder auf seine Rechnung durch den Träger des Wohnortstaates in diesen.

bb) Patientenrichtlinie 2011/24/EU

Die Patientenrichtlinie bestimmt in Art. 7 „*dass die Kosten, die einem Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung entstanden sind, erstattet werden, sofern die betreffende Gesundheitsdienstleistung zu den Leistungen gehört, auf die der Versicherte im Versicherungsmitgliedstaat Anspruch hat.*“ Hierbei wird nicht zwischen dauerhaftem und vorübergehendem Aufenthalt unterschieden. Jedoch werden stationäre Behandlungen besonders behandelt, da bei diesen eine Vorabgenehmigung gemäß Art. 8 gefordert werden kann.

Bei der Inanspruchnahme im Rahmen der Richtlinie bzw. der nationalen Umsetzungsakte tritt der Patient zunächst in Vorlage und kann sich dann die Kosten im Versicherungsmitgliedstaat wiederum erstatten lassen. „*[Hierbei] [...] erstattet oder bezahlt [der Mitgliedstaat] direkt die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung 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.*“ Demnach erhält ein Patient genau die Leistungen, die er auch erhalten hätte, wenn er sich im zuständigen Mitgliedstaat behandelt lassen hätte. Hierbei ist der Leistungskatalog des Versicherungsmitgliedstaates maßgeblich und zudem kann dieser dem Versicherten nach Art. 7 Abs. 7 „*Voraussetzungen, Anspruchskriterien sowie Regelungs- und Verwaltungsformalitäten vorschreiben, die er für die gleiche Gesundheitsversorgung im eigenen Hoheitsgebiet heranziehen würde.*“ Die Einführung des Prinzips der Kostenerstattung und die damit verbundene Abkehr vom Sachleistungsprinzips ist nach sozialen Gesichtspunkten fragwürdig, jedoch bleibt es den Mitgliedstaaten nach

Erwägungsgrund 33 der Richtlinie überlassen durch Einzelverträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern im Ausland das Sachleistungsprinzip zu vereinbaren, wie dies etwa § 140e SGB V ermöglicht.¹⁷³

b) Patientenrichtlinie und/oder Wanderarbeitnehmerverordnung?

Die Patientenrichtlinie 2011/24/EU soll neben der Wanderarbeitnehmerverordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 gelten und setzt diese nicht außer Kraft.¹⁷⁴ „Für Patienten sollten die beiden Systeme daher kohärent sein: Entweder die vorliegende Richtlinie oder aber die Verordnungen der Union zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme gelangen zur Anwendung.“¹⁷⁵ Demnach ist eine Unterscheidung und Abgrenzung hilfreich.

Eines der wichtigsten Merkmale in der Unterscheidung sind die Wurzeln und die Aufgaben dieser Regelungen. Die Wanderarbeitnehmerverordnung geht bis in die 70er Jahre zurück und sollte die Inanspruchnahme von Personenverkehrsfreiheiten im Rahmen einer grenzüberschreitenden Erwerbstätigkeit sicherstellen. Dahingegen schützt die Patientenrichtlinie die Produktverkehrsfreiheiten und in diesem Zusammenhang nicht nur den Leistungserbringer, sondern in einem erheblichen Maße auch den Empfänger der Leistung. Die Richtlinie setzt die Rechtsprechung des EuGH zur Patientenmobilität um.¹⁷⁶

Die Verordnung gilt im Gegensatz zur Richtlinie nur für Versicherte, d.h. nur für Erwerbstätige, wohingegen die Richtlinie aufgrund der Formulierung „Patienten“ für alle Personen gelten soll, die Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Darüber hinaus unterscheidet die Verordnung zwischen der Aufenthaltsdauer und dem Behandlungsumfang. Einer Beschränkung der Patientenrichtlinie auf nur vorübergehende Aufenthalte muss abgelehnt werden, da dies zu einer Ungleichbehandlung von Personen führen würde, die sich dauerhaft in einem anderen Mitgliedstaat aufhalten, denn sie nehmen sowohl ihre Personen- als auch Produktverkehrsfreiheiten in Anspruch. Demnach gewährt die Richtlinie einen umfassenden Anspruch auf Kostenerstattung.

Dem Versicherten steht somit ein Wahlrecht zu, wenn er sowohl einen Anspruch aufgrund der Verordnung als auch nach der Richtlinie geltend machen kann.¹⁷⁷ Jedoch sollte man genau prüfen, welche Vorschriften vorteilhafter sind, da bei der Verordnung der Leistungskatalog des Behandlungsstaates gilt und bei der Richtlinie derjenige des Versicherungsstaates. Daraus können sich zwei unter anderem stark differierende Leistungsspektren ergeben. Sollte sich die Anwendung einer Vorschrift als vorteilhafter erweisen, so ist der Patient darauf hinzuweisen. Eine Abrechnung erfolgt aufgrund der Vorschrift, nach der eine Genehmigung ergangen ist.

Zusammenfassend kann demnach folgendes Fazit gezogen werden: Es ist im Einzelfall zu prüfen, welche Ansprüche vorliegen und in welchem Umfang nach der Verordnung oder der Richtlinie Kosten übernommen werden. Unter dem günstigeren Regime sollte dann eine Genehmigung eingeholt werden. Die Umsetzung der Patientenrichtlinie in nationales Recht durch die Mitgliedstaaten bis zum 25. Oktober 2013 wird zeigen, ob die nationalen Gesetzgeber dieser Verpflichtung in umfassender Weise nachkommen oder eventuell nachbessern müssen bzw. im schlimmsten Fall der EuGH darüber entscheiden muss.

3. Relevanz in der Praxis

Die Relevanz von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen nimmt stetig zu. Bisher haben sich zwar noch nicht mal 5 % der EU-Bevölkerung in anderen Mitgliedstaaten behandeln lassen, jedoch wären ca. 50 % bereit für eine medizinische Behandlung einen anderen Mitgliedstaat aufzusuchen, wobei aber auch die geographische Lage, die medizinische Ausstattung und die Größe des Mitgliedstaates als Hintergrund zu berücksichtigen sind.¹⁷⁸

¹⁷³ Kingreen, Der Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Patienten-Richtlinie, in: ZESAR 03/09, S. 109 ff.

¹⁷⁴ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 28 der Patientenrichtlinie.

¹⁷⁵ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 30 der Patientenrichtlinie.

¹⁷⁶ Kingreen, (Fn. 173), S. 109 ff.

¹⁷⁷ Vgl. Erwägungsgrund Nr. 31: „Die Patienten sollten nicht die ihnen vorteilhafteren Ansprüche gemäß den Verordnungen der Union zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme verlieren, wenn die Bedingungen erfüllt sind.“

¹⁷⁸ European Commission, (Fn. 170), S. 7 ff.

Gründe für eine auswärtige Behandlung wären die Reduzierung der Wartezeit, eine qualitativ bessere Behandlung oder eine Behandlung durch einen Spezialisten. Eine kostengünstigere Behandlung spielt keine so große Rolle wie erwartet, jedoch sind über 90 % der EU-Bevölkerung bereit sich im Ausland behandeln zu lassen, wenn in ihrem Heimatland eine solche Behandlung nicht angeboten wird. Gründe gegen eine Behandlung im Ausland liegen insbesondere darin, dass es angenehmer ist zu Hause behandelt zu werden und man mit der Behandlung dort insgesamt zufrieden ist. Darüber hinaus besteht aber auch ein Informationsdefizit über die Behandlungsmöglichkeiten und deren Qualität, die Angst vor Sprachbarrieren und die fehlenden finanziellen Möglichkeiten für eine Auslandsbehandlung.¹⁷⁹

In Bezug auf die in Deutschland Versicherten wurde von der Techniker Krankenkasse festgestellt, dass sich bis zu 419.000 Mitglieder der GKV im Ausland – insbesondere in den Reiseländern Spanien, Österreich und Italien, aber auch in Tschechien und Polen – haben behandeln lassen. Hierbei waren 60 % der Behandlungen Akutfälle und 40 % der Behandlungen geplant. Die Gründe hierfür sind zum einen ein höherer Behandlungskomfort und zum anderen die Einsparungen, die durch günstigere Kostenstrukturen ermöglicht werden. Interessant ist, dass 3 % der Behandelten das Ausland aufsuchten, da sie eine Spezialklinik in einer Grenzregion nutzten.¹⁸⁰

Diese Darstellung zeigt, dass die Zahl der geplanten Behandlungen durchaus einen zukunftsfähigen, europaweiten Gesundheitsmarkt rechtfertigt. Sollten die oben genannten Vorbehalte – auch durch die Patientenrichtlinie – abgebaut werden, so stehen grenzüberschreitenden Behandlungen aus Gründen der optimalen Versorgung keine Schranken mehr entgegen. Demnach ist die Relevanz von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen, deren Durchsetzung und ihre Voraussetzungen hoch und entscheidend für einen funktionierenden EU-Gesundheitsmarkt.

Auch in der Großregion sind sowohl die Krankenversicherungsträger als auch die Gesundheitsdienstleister wie Ärzte oder Krankenhäuser regelmäßig mit Fällen und Patienten konfrontiert, die nicht in dem Land krankenversichert sind, in dem sie behandelt werden.¹⁸¹

III. Grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion

In diesem Abschnitt soll die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion untersucht werden. Hierbei ist neben der Darstellung von bereits funktionierenden grenzüberschreitenden Kooperationen und der Identifizierung von Defiziten, auch auf die Besonderheit der zahlreichen Grenzgänger und deren Gesundheitsversorgung einzugehen.

1. Die Großregion im Überblick

Der Begriff der Großregion umfasst neben den deutschen Bundesländern Saarland und Rheinland-Pfalz, die französische Region Lothringen, das Großherzogtum Luxemburg und die Wallonische Region in Belgien.

Die Großregion umfasst eine Fläche von mehr als 65.000 km² und liegt in der Mitte des westlichen Europas. Das Saarland nimmt davon 2.569 km², Lothringen 23.547 km² und Luxemburg 2.586 km² ein. Insgesamt leben in der Großregion 11,4 Mio. Menschen, davon entfallen auf das Saarland ca. 1 Mio., auf Lothringen ca. 2,33 Mio., auf Luxemburg 483.000, auf Rheinland-Pfalz 4 Mio. sowie auf die Wallonie/Belgien ca. 3,5 Mio. Menschen. Die Großregion ist die größte Grenzregion der EU, obwohl sie nur 1,6 % des Gebietes der EU stellt und 2,3 % der Bevölkerung der EU ausmacht. Die Bevölkerungsdichte beträgt durchschnittlich 173,9 Einwohner auf 1 km², wobei das Saarland mit Abstand am dichtesten besiedelt ist.¹⁸² Strukturell ist die Großregion geprägt von vier großen Verdichtungsräumen (Rheinland-Pfalz, der Wallonie und dem Großraum Saarbrücken sowie

¹⁷⁹ Ibid., S. 11 ff.

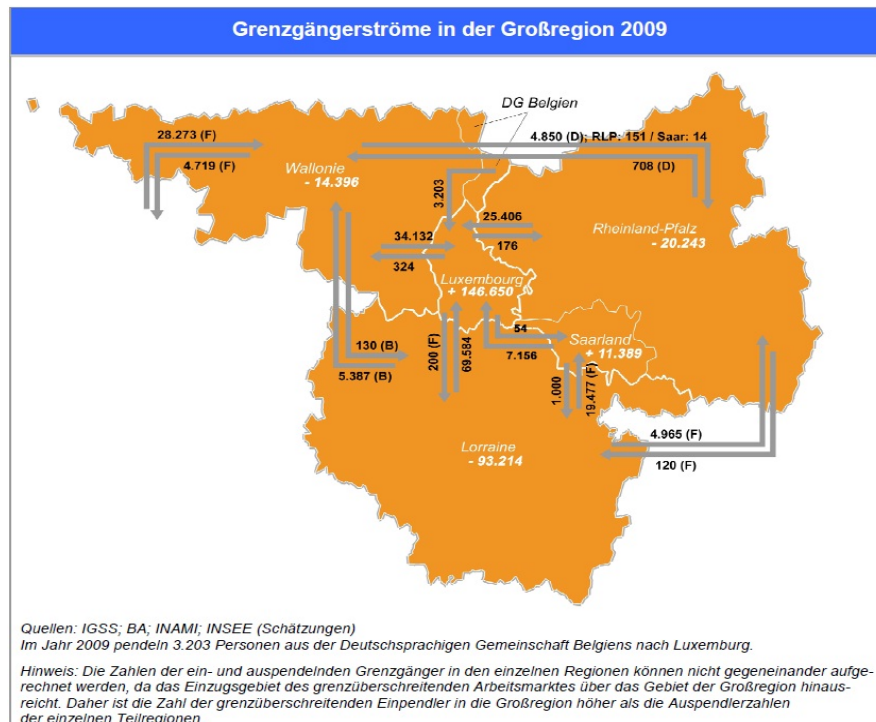
¹⁸⁰ TK, (Fn. 169), S. 13 ff.

¹⁸¹ Die Krankenkassen der Mitgliedstaaten bearbeiten im Monat von 100 bis 165.000 Fälle. In Luxemburg sind wesentlich mehr grenzüberschreitende Fälle zu verzeichnen, da sich viele Luxemburger im Ausland behandeln lassen. Zudem sind die großen Krankenkassen z.B. AOK) stärker mit solchen Fällen beschäftigt, weil diese aus Unwissenheit über das Spektrum der möglichen Krankenkassen öfter ausgewählt werden. Die Krankenhäuser im Saarland haben bis zu 50 grenzüberschreitende Fälle im Monat zu behandeln.

¹⁸² Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle, Atlas zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung der Großregion, Schriftenreihe der Regionalkommission SaarLorLux – Trier/Westpfalz – Wallonien, Bd. 18, 2010, S. 4 ff.

Luxemburg/Thionville) umgeben von einem starken Grüngürtel, der nur dünn besiedelt ist. Diese heterogene Raumstruktur führt zu einer polyzentrischen Organisation, die jedoch seit Überwindung der historischen Grenzkonflikte zu einem Kooperationsgeflecht zusammengewachsen ist.¹⁸³

Als größte Grenzregion bewegen sich in der Großregion die meisten Grenzgänger und Pendler – 203.191 Grenzgänger im Jahr 2009. Hiervon stammen 54,7 % aus Lothringen und 72,6 % der Grenzgänger kommen täglich nach Luxemburg. Das Saarland und Luxemburg weisen beide eine positive Grenzgängerbilanz auf, d.h. dass in diese beide Regionen mehr Arbeitnehmer täglich zur Arbeit kommen als sie verlassen. Luxemburg bietet am meisten Grenzgängern Arbeit in der Großregion; dabei pendeln knapp 50 % der Grenzgänger aus Frankreich und jeweils ca. 25 % aus Deutschland und Belgien nach Luxemburg, wobei die Zahl der deutschen Grenzpendler angestiegen ist. Die Zahlen der einpendelnden Arbeitnehmer aus Lothringen ins Saarland in der Automobilindustrie bzw. dem verarbeitendem Gewerbe ist dahingegen rückläufig.¹⁸⁴



Quelle Grafik: Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion, vgl. Fn. 184, S. 48 ff

Im Laufe der Jahre haben sich zur effektiven grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zahlreiche Institutionen entwickelt.¹⁸⁵ Zunächst ist hier der SaarLorLux-Gipfel zu nennen. Bei diesem regelmäßigen Gipfeltreffen treffen sich seit 1994 die obersten politischen Repräsentanten der einzelnen Regionen und legen die notwendigen allgemeinen Orientierungen fest. Als zentrales politisches Organ bei der grenzübergreifenden und interregionalen Zusammenarbeit diskutieren sie die Entwicklung und Fragestellungen der Zusammenarbeit und beschließen Handlungsempfehlungen. Seit 1996 besteht der Wirtschafts- und Sozialausschuss, der sich mit Problemen der grenzüberschreitenden Kooperation im wirtschaftlichen und sozialen Bereich befasst. Die seit 1970 existierende deutsch-französisch-luxemburgische Regierungskommission, die aus Delegationen der Zentralregierungen besteht, kümmert sich um die notwendigen formellen internationalen Grundlagen und begleitet die grenzüberschreitende Zusammenarbeit auf außenpolitischer Ebene. Die Regionalkommission SaarLorLux-Trier/Westpfalz ist als Handlungsakteur u.a. für die Erweiterung der Regionalkommission zuständig. Zudem wurde von den regionalen Parlamenten (dem saarländischen und rheinland-pfälzischen Landtag, der Abgeordnetenversammlung des Großherzogtums Luxemburg, dem lothringischen Regionalrat und dem Provinzialrat der Provinz Luxemburg (Belgien)/ Wallonischer Regionalrat) 1986 der Interregionale Parlamentarierrat (IPR) gegründet. Er setzt sich aus Mitgliedern dieser Parlamente zusammen und verfügt über

¹⁸³ BuMI Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, (Fn. 168), S. 10.

¹⁸⁴ Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion, Bericht zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Großregion 2009/2010, Schriftenreihe der Regionalkommission SaarLorLux – Trier/Westpfalz – Wallonien, Bd. 17, 2010, S. 48 ff.

¹⁸⁵ Vgl. hierzu <http://www.saarland.de/SID-3E724395-7D8E4285/3350.htm> (30.07.2011).

ständige Ausschüsse für Wirtschaft, Soziale Angelegenheiten, Verkehr und Kommunikation, Umwelt und Landwirtschaft sowie Bildung, Ausbildung, Forschung und Kultur. Zu seinen Aufgaben gehört „die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rolle der Großregion durch eine enge grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Regionen zu fördern; langfristig zur Entwicklung einer Perspektive der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf den Gebieten beizutragen, die in die Zuständigkeit der einzelnen Regionen fallen.“¹⁸⁶

2. Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung

Im vorherigen Kapitel wurden die rechtlichen Grundlagen der Krankenversicherungssysteme der Mitgliedstaaten Deutschland, Frankreich und Luxemburg dargestellt, hier soll nun die praktische Seite kurz beleuchtet werden.

Die Untersuchung beschränkt sich auf Grenzgänger, da deutsche Touristen bei Reisen innerhalb Europas entweder durch die Europäische Gesundheitskarte (EHIC) oder einen Auslandskrankenschein abgesichert sind. Gezielte Behandlungen bedürfen bei stationären Aufenthalten der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Diese Regelungen sind jedoch für Grenzgänger nicht im gleichen Umfang praktikabel.

Grenzgänger unterliegen, wie bereits oben festgestellt, u.a. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Demnach sind sie in dem Land zu versichern, in dem sie arbeiten. Grenzgänger können sowohl in ihrem Wohnsitzstaat als auch in ihrem Beschäftigungsstaat Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen.

a) Grenzgänger Deutschland → Luxemburg

→ *Michael F. arbeitet in Vollzeit bei einer Bank in Luxemburg und ist auch dort krankenversichert. Er wohnt mit seiner Frau und seinen beiden Kindern in Merzig (Saarland). Seine Frau kümmert sich um die Kinder und versorgt den Haushalt. Sie und die Kinder sind bei ihrem Ehemann mitversichert. Sie besucht öfters über mehrere Tage mit ihren Kindern ihre Schwester, die in Luxemburg lebt.*

Jeder Arbeitnehmer erhält nachdem er beim Centre Commun de Sécurité Sociale angemeldet wurde eine Sozialversicherungskarte und -nummer. Um neben den Leistungen in Luxemburg auch solche in Deutschland zu erhalten, muss sich der Versicherte bei einer Krankenkasse seiner Wahl mittels des mobilen Dokuments S1 (vormals E 106- und E 109-Formular) melden. Das Formular S 1 gilt für den Versicherten und seine Familienangehörigen, die bei ihm wohnen. Angehörige, die in einem anderen Staat wohnen, benutzen nun auch das Formular S1 – und nicht wie früher das gesonderte E 109-Formular. Diese werden von der Caisse Nationale de Santé ausgegeben. Der Versicherte und seine Familienangehörigen können sich dann sowohl in Deutschland als auch in Luxemburg behandeln lassen, wobei eine Behandlung in Luxemburg für die Familienangehörigen nur nach vorherigem Antrag möglich sein soll.¹⁸⁷

→ *Michael F. kann sich sowohl in Luxemburg als auch in Deutschland behandeln lassen. Auch in Deutschland muss er gegebenenfalls die Kosten der Behandlung zunächst vorstrecken. Seine Frau und seine Kinder müssen sich in der Regel in Deutschland behandeln lassen. Sollte während des Aufenthalts in Luxemburg bei der Schwester der Frau eine medizinische Behandlung der Kinder oder der Frau notwendig werden, so können diese nur eine Notfallversorgung erwarten.*

b) Grenzgänger Deutschland → Frankreich

→ *Peter M. arbeitet seit 2010 in Vollzeit als kaufmännischer Angestellter bei einem Unternehmen in Sarreguemines (Frankreich). Vorher war er 15 Jahre in Deutschland abhängig beschäftigt. Er wohnt mit seiner Frau in Saarbrücken. Sie arbeitet als Teilzeitkraft in einem Reisebüro. Peter M. leidet an einer chronischen Krankheit und sucht deshalb Spezialisten sowohl in Frankreich als auch in Deutschland auf.*

Zunächst wird der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber bei der URSSAF (*Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales*) angemeldet. Der Arbeitnehmer meldet sich dann selbst bei einer

¹⁸⁶ Konvention des IPR, http://www.cpi-ipr.com/de/Conventions/conv_cre.asp (30.07.2011).

¹⁸⁷ Weitere Informationen Arbeitskammer des Saarlandes, Ratgeber für Grenzgänger, Deutschland – Luxemburg, 2009, S. 34 ff.

der CPAM (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*) an bzw. wird von seinem Arbeitgeber bei dessen Kasse angemeldet. Hierzu wird eine Versichertenkarte mit lebenslanger Versicherungsnummer benötigt, daraufhin wird die „Carte vitale“ ausgehändigt. Darüber hinaus muss sich der Versicherte auch bei einer deutschen Krankenkasse seiner Wahl anmelden. Dies erfolgt ebenfalls mit dem Formular S1. Zudem muss eine Bescheinigung über die Zusammenrechnung der Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten erfolgen, da in Frankreich die Inanspruchnahme von Sach- und Geldleistungen von Arbeits- und Wartezeiten abhängig gemacht wird.¹⁸⁸

→ *Peter M. kann sich sowohl in Frankreich als auch Deutschland behandeln lassen. Seine Ehefrau ist nicht bei ihm mitversichert, sondern als Arbeitnehmerin selbst in Deutschland krankenversichert. Wenn sich Peter M. in Frankreich von einem Spezialisten behandeln lassen will, muss er dafür sorgen, dass seine Versicherungszeiten und die damit erworbenen Anwartschaften ihm in Frankreich angerechnet werden.*

3. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Insbesondere in Grenzregionen bietet sich aus geografischen sowie wirtschaftlichen Erwägungen ein breites Feld für die grenzüberschreitende Kooperation, beispielsweise durch eine gemeinsame Zusammenarbeit im Hinblick auf die Ausbildung von medizinischem Personal oder die gemeinsame Planung von Investitionen bezüglich medizinischer Großgeräte oder Spezialbehandlungen, an. Eine Zusammenarbeit kann im Ergebnis positive Auswirkungen auf allen Ebenen erzeugen: Der Patient erhält wohnortnah die bestmögliche Behandlung. Leistungserbringer können sich länderübergreifend austauschen und spezielle Kompetenzen aufbauen sowie ihre Auslastung steigern. Die nationalen Träger der Krankenversicherung und Gesundheitssysteme können durch das grenzüberschreitende Zusammenwirken Kosten reduzieren, Aufgaben teilen und so eine höhere Wirtschaftlichkeit wie auch eine gesteigerte Zufriedenheit Ihrer Mitglieder erreichen.¹⁸⁹ Im Folgenden soll daher beispielhaft aufgezeigt werden, in welchen Bereichen eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Großregion SaarLorLux bereits existiert und wie diese ausgestaltet ist.¹⁹⁰

Das **Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zwischen Deutschland und Frankreich**¹⁹¹ ist am 1. April 2007 in Kraft getreten und bildet die Basis für eine weitere, vertiefte grenzüberschreitende Zusammenarbeit, um dadurch den Zugang zu einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung und zu mobilen Rettungsdiensten für die Bewohner in den Grenzregionen zu verbessern sowie die verwaltungs- und finanztechnischen Verfahren vor dem Hintergrund des Gemeinschaftsrechts und der EuGH-Rechtsprechung zu erleichtern. Auf diese Weise wird der Weg zum Abschluss von lokalen und regionalen Abkommen im Gesundheitsbereich geebnet, so dass am 10. Februar 2009 eine Vereinbarung über die **grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich der Rettungsdienste zwischen dem Elsass und Rheinland-Pfalz**¹⁹² abgeschlossen werden konnte, die am 1. März 2009 in Kraft getreten ist. Damit ist eine wechselseitige Hilfeleistung und komplementäre Unterstützung durch den grenzüberschreitenden Einsatz der Rettungsdienste bei der medizinischen Notfallhilfe möglich. Inzwischen bestehen weitere Vereinbarungen über den grenzüberschreitenden Einsatz von Rettungsdiensten zwischen der Wallonie und Lothringen,¹⁹³ zwischen Belgien und Rheinland-Pfalz sowie zwischen Lothringen und dem Saarland.¹⁹⁴ Zudem besteht eine Kooperation zwischen der Luxembourg Air Rescue, dem Saarland und Rheinland-Pfalz zum Einsatz luxemburgischer **Rettungshubschrauber**, welche auch auf Frankreich ausgedehnt werden soll.¹⁹⁵

Weitere Kooperationsvereinbarungen aufgrund des deutsch-französischen Rahmenabkommens sind bis heute nicht zu verzeichnen, allerdings bestehen zahlreiche Kooperationen von Krankenhäusern untereinander. Eine Zusammenarbeit kann im Hinblick auf eine **Spezialisierung** und die **Nutzung von Großgeräten** innerhalb der

¹⁸⁸ Weitere Informationen Arbeitskammer des Saarlandes, Ratgeber für Grenzgänger aus Deutschland und Frankreich, 2010, S. 61 ff.

¹⁸⁹ Möller, (Fn. 61), S. 246 f.

¹⁹⁰ Weitere Beispiele unter http://geo.uni.lu/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=1611&Itemid=469 (30.07.2011).

¹⁹¹ http://www.espaces-transfrontaliers.org/de/publikationen/rahmenabkommen_gesundheit_05.pdf (30.07.2011).

¹⁹² <http://www.ism.rlp.de/sicherheit/rettungsdienst/organisation-und-einsatzplaene/grenzueberschreitende-zusammenarbeit/> (30.07.2011).

¹⁹³ <http://www.infos.moselle.sit.gouv.fr/article.aspx?id=548> (30.07.2011).

¹⁹⁴ Landtag des Saarlandes, Krankenhausbericht 2004-2009 für das Saarland, Drs. 13/2128 v. 10.10.2008, S. 76.

¹⁹⁵ <http://www.journal.lu/2011/04/08/einsatz-im-dreilandereck/> (30.07.2011).

Großregion interessant sein. Beispiele dafür sind eine Kooperation der Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz Rettungsdienste zur Versorgung Schwerstbrandverletzter in der Unfallklinik Ludwigshafen,¹⁹⁶ bereits seit 2003 eine Vereinbarung zwischen dem Centre Hospitalier Marie-Madeleine in Forbach und dem Klinikum Saarbrücken über die Durchführung augenärztlicher Untersuchungen für Frühgeborene, die Behandlung von Dialysepatienten aus Frankreich in den SHG-Kliniken Völklingen und die Durchführung von Kernspintomografien für Patienten aus Forbach durch das Klinikum Saarbrücken.¹⁹⁷ Zwei weitere grenzüberschreitende Projekte sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben: Zu einen arbeiten die Krankenhäuser aus Prüm und St.Vith im deutsch-belgischen Grenzraum in einem „**Teleradiologischen Netz**“ zusammen, was zu einer gemeinsamen Nutzung von medizinischen Geräten, zum Austausch von Personal sowie zu einer elektronischen Vernetzung im Rahmen der Radiologie führt.¹⁹⁸ Zum anderen besteht das **Traumanetzwerk „Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz“**, in dem sich inzwischen 14 Kliniken aus dem Saarland, Luxemburg und der Westpfalz einem gemeinsamen Zertifizierungsverfahren unterzogen haben und miteinander zur optimalen Versorgung von Unfallopfern kooperieren. Dabei steckt die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit den französischen Kliniken allerdings noch in den Anfängen.¹⁹⁹

Daneben besteht Potenzial in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der **Aus-, Fort- und Weiterbildung**. Eine Zusammenarbeit besteht dabei zum Beispiel bereits zwischen dem Lycée Professionnel „Pierre et Marie Curie“ in Freyming-Merlebach und der Krankenpflegeschule des Fliedner-Krankenhauses in Neunkirchen im Hinblick auf die Durchführung gemeinsamer Praktika. Zudem ist eine Partnerschaft zwischen dem Centre Hospitalier Sarreguémines und den SHG-Kliniken Sonnenberg zu nennen, die einen Informationsaustausch und die gemeinsame Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften mit sich bringt.²⁰⁰

Auch im Bezug auf die **Forschung** bietet sich der Einsatz der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit an. So ist bereits seit 1997 eine Kooperation zwischen den Universitätskliniken Nancy und Homburg zu verzeichnen wie auch gemeinsame deutsch-luxemburgische Forschungserfolge hervorzuheben sind.²⁰¹

Darüber hinaus sind die Einsatzmöglichkeiten einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsversorgung grenzenlos. Eine Kooperation kann bei den unterschiedlichsten **Projekten und Initiativen** einen Mehrwert erzielen, so beispielsweise im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und Suchtprävention in Schulen,²⁰² bei Selbsthilfeprojekten²⁰³ wie auch bei der Aufbereitung von Informationen in Datenbanken oder Foren.²⁰⁴ Daneben finden bereits gemeinsame grenzüberschreitende Veranstaltungen der Krankenkassen, Vorträge zu den Leistungen von Krankenhäusern in der Grenzregion oder die Veröffentlichung von gemeinsamen Pressemeldungen statt. Schließlich existiert unter anderem auch eine Arbeitsgruppe „Gesundheit“ der Regionalkommission Saar-Lor-Lux-Reinland-Pfalz-Wallonie.²⁰⁵

4. Schwierigkeiten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung

Bei der Behandlung von ausländischen Patienten und der damit verbundenen Abrechnung treten immer wieder Probleme auf, die im nachfolgenden Teil näher behandelt werden sollen. Diese Schwierigkeiten führen dazu, dass sich Patienten nicht dafür entscheiden, sich im Ausland behandeln zu lassen.

¹⁹⁶ <http://www.bgu-ludwigshafen.de/unsere-klinik/kooperationen.html> (30.07.2011).

¹⁹⁷ Krankenhausbericht 2004-2009 für das Saarland, Drs. 13/2128 v. 10.10.2008, S. 77.

¹⁹⁸ http://www.dgregierung.be/PortalData/27/Resources/pressemitteilungen/mollers/101026_hm_Halbzeitbilanz_Teleradiologisches_Netz_Sankt_Vith_Pruem_Presse.pdf (30.07.2011).

¹⁹⁹ Pressemitteilung, Zertifizierungsveranstaltung Traumanetzwerk „Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz“ am 10. Mai 2011.

²⁰⁰ Landtag des Saarlandes, (Fn. 194), S. 77.

²⁰¹ <http://www.uniklinikum-saarland.de/aktuelles/pressemitteilungen/einzelansicht/article/kuenstliche-hueftgelenke-saar-lux/> (30.07.2011).

²⁰² <http://mag-net.eu/> (30.07.2011)

²⁰³ Elterninitiative „Een Häerz fir kriibskrank Kanner“ (Luxemburg) arbeitet auch im Saarland, vgl. Landtag des Saarlandes, (Fn. 194), S. 78.

²⁰⁴ So z.B. die Sozialinformationsdatenbank (SID-SLLR) oder die Initiativen <http://www.grenzgaenger-forum.de/forum/> (30.07.2011) bzw. www.lesfrontaliers.lu (30.07.2011).

²⁰⁵ http://www.granderegion.net/de/INTERREGIONALE_POLITISCHE_ZUSAMMENARBEIT/INSTITUTIONELLE_ARCHITEKTUR/commission-regionale/index.html (30.07.2011).

Als problematisch bei der Inanspruchnahme oder Bereitstellung von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen wurden folgende Punkte angesehen:²⁰⁶

- **Sprachbarrieren**

Eines der größten Hindernisse für eine Behandlung im Ausland sind die vorhandenen Sprachbarrieren bei Patienten und den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen. Die Möglichkeit zur Kommunikation ist notwendig, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, die eine umfassende und zufriedenstellende medizinische Behandlung ermöglicht.

Auf der einen Seite sind die sprachlichen Fähigkeiten der Patienten nicht ausgebildet genug, dass sich diese zutrauen sich im Ausland behandeln zu lassen. Dies ist insbesondere dadurch nachvollziehbar, dass es sich bei Gesundheitsdienstleistungen um eine sensible und lebenswichtige persönliche Angelegenheit handelt. Jeder zweite EU-Bürger gab Sprachbarrieren als Grund für seine Ablehnung einer ausländischen medizinischen Behandlung an. Dies war vor allem in den englischsprachigen Ländern Irland und Vereinigtes Königreich, aber auch in der Tschechischen Republik und in Polen der Fall; dahingegen war dies in Luxemburg und Malta kaum ein Problem.²⁰⁷ Dies mag aber auch an der Tatsache liegen, dass diese Länder so klein sind, dass sie keine umfassende medizinische Behandlung, insbesondere für seltene Krankheiten, bieten können. In diesem Zusammenhang muss noch in die Überlegungen mit einbezogen werden, dass gut ausgebildete und/ oder junge Personen sich eher im Ausland behandeln lassen würden als ältere und/ oder schlechter ausgebildete.²⁰⁸ Diese Problematik könnte zwar durch die Verbesserung der Sprachkenntnisse gemildert werden, jedoch wird kein Patient ausschließlich aus diesem Grund seine Sprachkenntnisse vertiefen.

Deshalb ist auf der anderen Seite die Situation beim behandelnden Personal zu betrachten. Auch hier bestehen Defizite. Die meisten Krankenhäuser stellen nationales Personal ein, welches zumeist keine oder nur geringe Fremdsprachenkenntnisse aufweisen kann. Auch in der Großregion besteht hier Nachholbedarf, obwohl deutsche Krankenhäuser bereits bei der Einstellung auf die Sprachkenntnisse ihres Personals achten.

- **Information**

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Informationsdefizit, welches bezüglich der Möglichkeit einer grenzüberschreitenden Behandlung bzw. der Qualität der Versorgung in den anderen Mitgliedstaaten besteht. Letzteres ist jedoch notwendig um eine Entscheidung für eine effiziente und adäquate Behandlung treffen zu können. Ein solches Defizit liegt bei über 70 % der Bevölkerung in Irland, der Slowakei, der Tschechischen Republik und dem Vereinigten Königreich vor; durchschnittlich beläuft sich die Zahl der nicht-informierten Patienten innerhalb der EU auf ca. 30 %.²⁰⁹

Innerhalb der Großregion werden zwar bereits von den Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistungserbringern Informationen bereitgestellt, jedoch erfolgt dies ausschließlich vereinzelt (Flyer, Broschüren, Sprechtag, persönliche Beratung). Es mangelt an einem gemeinsamen strukturierten Vorgehen, da zur Zeit überwiegend Einzelinitiativen vorherrschen, die nicht koordiniert von z.B. den Krankenkassen vorgenommen werden.

- **Genehmigung und Kostenerstattung**

Weitere Schwierigkeiten bereitet die Abrechnung von medizinischen Behandlungen im Ausland sowohl für den Leistungserbringer als auch für den zuständigen Krankenversicherungsträger. Zwar ist die Verpflichtung zur Kostenerstattung sowohl in der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie der Patientenrichtlinie vorgesehen und auch in diversen Fällen vom EuGH bestätigt worden, jedoch gibt es in diesem Bereich weiterhin zahlreiche Probleme.

²⁰⁶ Die Beobachtungen basieren grundlegend auf einer nicht-repräsentativen Befragung der involvierten Krankenversicherungsträger, Gesundheitsdienstleistungserbringer, Institutionen und Stellen, die sich mit der Grenzgänger-Problematik befassen. Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass die Problematik der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Kontext der Grenzgängerproblematik nur eine untergeordnete Rolle spielt, jedoch die Beteiligten auf regionaler Ebene nur einigermaßen mit dem bisherigen System zufrieden sind.

²⁰⁷ European Commission, (Fn. 170), S. 22.

²⁰⁸ Ibid.

²⁰⁹ Ibid, S. 21.

Zunächst stellt sich die Problematik der Genehmigung von bestimmten Behandlungen. Diesbezüglich wissen die Patienten oftmals nicht, dass sie eine solche benötigen und falls sie dennoch informiert sind, erschweren oder verweigern die Krankenkassen die Ausstellung einer solchen. Sollte eine Genehmigung erteilt worden sein, so wird diese oftmals nicht in einer festgelegten Frist vorgelegt. Liegt eine solche Genehmigung bzw. Kostenzusage vor, so ist die Abrechnung in den meisten Fällen unproblematisch. Erhebliche Schwierigkeiten treten dann auf, wenn eine solche Zusage nicht vorliegt (wie etwa auch bei Notfällen) oder unklare Versicherungsverhältnisse bestehen. Darüber hinaus wurde zwar zur Vereinfachung die EHIC (European Health Insurance Card) als Ersatz für das Formular E 111 eingeführt, jedoch wird diese selten akzeptiert bzw. die französischen Patienten besitzen kaum eine solche Karte und ihre Krankenversicherungskarten sind in Deutschland nicht lesbar. Aus diesen Gründen hat die Karte kaum Bedeutung erlangt, obwohl sie in Deutschland durch die Krankenkassen zusammen mit der nationalen Versichertenkarte ausgegeben wurde. Oftmals ist ihr Einsatz im Ausland nicht möglich,²¹⁰ so dass die Patienten wiederum in Vorkasse treten müssen. Zudem ist in der Praxis zu beobachten, dass die Nomenklatur der einzelnen Länder, die verschiedenen Krankenversicherungssysteme (z.B. GKV/PKV in Deutschland), fehlende Übersetzungen und abweichende Abrechnungsmethoden Schwierigkeiten bereiten, insbesondere wird die Ausstellung des Formulars E 106 zur jährlichen Vorlage bei einer deutschen Krankenkasse durch die französischen Sozialversicherungsträger erschwert, so dass dieser Vorgang bis zu 6 Monate dauern kann.

- **Kooperation und Kommunikation**

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen ist die grenzüberschreitende Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen, um einen reibungslosen Ablauf der Behandlung und Abrechnung sicherzustellen. Diese Kooperationen sollten sich auf alle Ebenen beziehen und so eine freie Auswahl des Behandlungsortes in Grenzregionen erleichtern.

Es besteht zwar ein Rahmenabkommen zwischen Deutschland und Frankreich, welches die Hürden bei einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung durch Kooperationsvereinbarung beseitigen sollte, jedoch ist dies nicht zufriedenstellend erfolgt. Insbesondere ist hier auch hinderlich, dass in einer Verwaltungsanweisung des französischen Gesundheitsministeriums Kooperationen nur dann zugelassen werden, wenn in Frankreich ein Versorgungsdefizit besteht.²¹¹ Dies dürfte selten der Fall sein, wenn man zur Ermittlung des Versorgungsdefizits nicht nur die französischen Grenzregionen, sondern auch den Rest von Frankreich berücksichtigt. Folglich sind deutsch-französische Kooperationsvereinbarungen nur schwer abzuschließen. Dennoch wurde im Bereich der Notfallversorgung und Rettungsdienste, wie bereits dargestellt, eine Zusammenarbeit erfolgreich abgeschlossen, die aber weiterhin verbessert werden kann.

Auch wird vielfach bemängelt, dass es bei den französischen Krankenkassen selten direkte Ansprechpartner gibt. Zudem sind die französischen Servicenummern nicht von anderen Mitgliedstaaten aus anwählbar, so dass eine direkte Kommunikation nicht stattfinden kann und der schriftliche Weg eingeschlagen werden muss. Dieser ist jedoch häufig ineffektiv, da er umständlich ist und auch zu lange dauert, was kurzfristige Entscheidungen komplett unmöglich macht.

- **Aus- und Fortbildung**

Das Thema der grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlung und die europarechtlichen Grundlagen sind notwendige Arbeitswerkzeuge für alle, die bei grenzüberschreitenden Behandlungen beteiligt sind. Dies wird innerhalb der Ausbildung zumeist berücksichtigt. Im Rahmen von Fortbildungen wäre eine Vertiefung und Aktualisierung der Kenntnisse flächendeckend notwendig, denn dies wird bisher nur von einigen Beteiligten zuverlässig vorgenommen (wie z.B. AOK, DVKA, Agence régional de la Santé Alsace, Caisse nationale de Santé Lux). Da dieser Bereich stark von eingreifenden Veränderungen geprägt ist und neben der europäischen auch die nationale Ebene beachtet werden muss, sollen Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, die dieses Thema regelmäßig behandeln. Insbesondere könnte die Information über aktuelle Entwicklungen schnell durch zentral organisierte und koordinierte Rundschreiben erfolgen.

²¹⁰ 41% der im Ausland behandelten TK-Versicherten gaben an, dass sie zwar versucht hätten eine Behandlung im Ausland vor Ort mit der EHIC abzurechnen, dies aber nicht akzeptiert wurde, vgl. TK, (Fn. 169), S. 23 ff.

²¹¹ Art. 2 der Circulaire DSS/DACI n° 2007-291 du 18 juillet 2007, <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-08/a0080242.htm> (30.07.2011).

- **Einstellung/ Motivation**

Als letzter Punkt ist auf die Einstellung der beteiligten Stellen und Personen zu einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung einzugehen. Die Motivation für eine effektive Zusammenarbeit kann auf französischer Seite als gering eingeschätzt werden. Die Mitgliedstaaten sind, da sie die Daseinsvorsorge für ihre Bürger gewährleisten müssen, denklogisch skeptisch gegenüber einer Kooperation im grenzüberschreitenden Bereich eingestellt. Aus diesem Grund wird ein gemeinsames Vorgehen, welches in den Bereichen Wirtschaft, Kultur und Forschung bereits erfolgreich durchgeführt wird, abgelehnt, so dass man eher gegeneinander als miteinander arbeitet. Die Patienten sollen im eigenen Lande behalten und behandelt werden. Dies führt dazu, dass in der Großregion hoch qualifizierte Kräfte aus Deutschland abgeworben werden, da diese in Luxemburg wesentlich besser verdienen und in allen Teilregionen große Investitionen in z.B. Großgeräte getätigt worden sind, anstatt zu kooperieren und sich zu ergänzen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass innerhalb der Großregion bereits verschiedene Initiativen unternommen wurden. Aufgrund der Grenzregion sind sowohl die Patienten als auch die Mitarbeiter der zuständigen Stellen im Grundsatz informiert sind, dies bedarf jedoch einer Vertiefung. Europaweit – Grenzregionen ausgenommen – dürfte solch eine Bereitschaft für grenzüberschreitende Dienstleistungen nicht im gleichen Maße bestehen.

E. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Die rechtlichen Grundlagen für eine effektive, grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sind gelegt worden, jetzt bedarf es insbesondere einer praktischen Umsetzung, die auf regionaler administrativer und politischer Ebene sowie darauf aufbauend zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren zu erfolgen hat. Deshalb ist das Bekenntnis des 12. Gipfels der Großregion vom 24. Januar 2011 zur Dokumentation des politischen Willens zur Verstärkung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich hervorzuheben, der *„davon überzeugt [ist], dass die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich weiter ausgebaut werden muss.“*

Ein Handlungsbedarf lässt sich für die folgenden Themenschwerpunkte Information und Kommunikation, Strukturen, Abrechnung sowie Genehmigung identifizieren:

- **Verbesserung der Information**

Eine umfassende Information der beteiligten Stellen und insbesondere der Patienten ist nicht ausreichend gegeben. Die Komplexität der Situation erfordert gut aus- und regelmäßig weitergebildetes Personal, das den betroffenen Patienten zur Verfügung steht. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf die regelmäßige Zurverfügungstellung aktueller Informationen zu richten. Geeignetes und aktuelles Informationsmaterial ist notwendig für eine umfassende Information und muss auch den Patienten und den medizinischen Beteiligten auf einfachem Wege zugänglich sein. Informationen sollten gebündelt, koordiniert und mehrsprachig zur Verfügung gestellt werden.

Anlass für ein Überdenken der Informationsgestaltung und der Schaffung eines zentral gesteuerten Informationsmanagements sollte die Umsetzung der Patientenrichtlinie sein. Diese sieht die Schaffung nationaler Kontaktstellen vor, welche die Patienten umfassend zum Thema grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung informieren und beraten sollen. Dabei sollte verhindert werden, dass die Kontaktstellen lediglich bundesweit arbeiten und auf die Erteilung von Auskünften zur Patientenrichtlinie beschränkt sind – also die spezielle Grenzgängerproblematik und Versorgungssituation in Grenzregionen vernachlässigen. Effizient wäre vielmehr die Schaffung regionaler Kontaktstellen, die dann beispielsweise in der Großregion auch Spezialfragen zu dem Status von Grenzgängern beantworten können.

- **Verbesserung der Kommunikation**

Es bedarf einer Verbesserung der Kommunikation zwischen allen Akteuren, so dass insbesondere schnelle, den Einzelfall berücksichtigende Entscheidungen ermöglicht werden. Hierzu erscheint es unbedingt erforderlich in einem ersten Schritt die zuständigen Ansprechpartner innerhalb der Großregion zu identifizieren, deren Kontaktdaten zugänglich zu machen und die erforderlichen Kommunikationsstrukturen zu etablieren.

Des Weiteren müssen alle Seiten die technischen Möglichkeiten der Erreichbarkeit gewährleisten, d.h. auf nur national erreichbare Sondertelefonnummern ist zu verzichten. Darüber hinaus wäre über eine großregionale Stelle nachzudenken, die bei der Suche nach Ansprechpartnern Hilfe leistet und die Koordinierung der möglichen Kommunikationswege auf übergeordneter Ebene sicherstellt.

- **Abbau der Sprachbarrieren**

Da die Angst vor Verständigungsschwierigkeiten bei Patienten die größte Hemmschwelle für eine ausländische Behandlung darstellt, sollte diese reduziert werden. Dies könnte entweder durch mehrsprachiges Fachpersonal in den Krankenhäusern oder in anderen medizinischen Einrichtungen erfolgen oder durch die Bereitstellung von speziellen Mitarbeitern, die ausschließlich für ausländische Patienten zuständig sind und für diese auch Dolmetschen könnten. Ebenso sollte weiterhin jede regionale Niederlassung der Krankenkassen über Mitarbeiter verfügen, die auch in der jeweiligen Fremdsprache Versicherte beraten können.

- **Verbesserung in Aus- und Fortbildung**

Die Thematik der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollte zudem regelmäßig in Aus- und Fortbildungen berücksichtigt werden. Dies ist allein schon aufgrund der ständigen Entwicklung innerhalb der EU, aber auch der Mitgliedstaaten notwendig. Solche Veranstaltungen könnten bei entsprechender Ausgestaltung der Vernetzung der in der Praxis Beteiligten dienen. Die Bereitschaft bei den Krankenkassen,

Krankenhäusern, etc. Mitarbeiter zu schulen könnte durch eine öffentliche Förderung der Aus- und Fortbildungen erhöht werden.

- **Verbesserung des koordinierten Vorgehens und Förderung von Kooperationen**

Zum jetzigen Zeitpunkt ergibt sich innerhalb der Großregion ein Bild, welches von vereinzelt Kooperationen, Initiativen und Aktionen geprägt ist. Es lässt sich bisher keine Stelle identifizieren, welche sich übergeordnet und umfassend mit dieser Problematik auseinandersetzt. Eine solche Koordinierung auf Ebene der Großregion würde ein abgestimmtes Vorgehen ermöglichen, welches aufgrund der Kooperation zu Kosteneinsparungen führt. Die Veröffentlichung von guten Beispielen (best practice) könnte eine Signal- und Vorbildwirkung für die beteiligten Akteure innerhalb der Großregion entfalten. Eine jährliche Bestandsaufnahme der vorliegenden Situation bezüglich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Großregion würde sowohl die Kooperation als auch die Koordinierung der regionalen Stellen voranbringen. Insbesondere sollten auch Direktvereinbarungen zwischen den Trägern der Krankenversicherungen und den einzelnen Gesundheitsdienstleistungserbringern über eine effektive Kostenerstattung und Zusammenarbeit forciert werden.

- **Unterstützung der Bedarfsplanung**

Eben gesagtes trifft auch auf die Bedarfsplanung von Krankenhäusern, Spezialzentren und Großgeräten innerhalb der Großregion zu. Diese ist bisher von allein nationalstaatlichen Erwägungen gekennzeichnet. Es sollte eine großregionale Bedarfsanalyse vorgenommen werden, die die Interessen aller Beteiligten widerspiegelt und auf Dauer angelegt ist. Bei der Bedarfsplanung sollten unabhängig von den Landesgrenzen existierende Strukturen genutzt, die Leistungsfähigkeit mit einbezogen und die Versorgungssicherheit gewährleistet werden. Hierbei ist die Vernetzung aller Erbringer von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen hilfreich.

- **Verbesserung Akzeptanz und Verbreitung EHIC**

Die Einsetzbarkeit der EHIC sollte deutlich verbessert werden, so dass eine europaweite reibungslose Abwicklung von ausländischen medizinischen Behandlungen möglich ist. Hierzu ist zum einen die Verbreitung der EHIC in allen Mitgliedstaaten der EU verstärkt zu fördern, zum anderen ist die Akzeptanz der EHIC als Abrechnungssicherheit im Ausland zu erhöhen. Dies könnte insbesondere durch eine europaweit einheitliche Ausgestaltung bzw. Lesbarkeit der EHIC erreicht werden. Das Nutzen der EHIC sollte in einer Informationsoffensive erneut beworben werden.

- **Bürokratieabbau bei Genehmigungen innerhalb der Großregion**

Als Zukunftsvision sollte der Abbau der Bürokratie bezüglich einer Genehmigung für eine Behandlung innerhalb der Großregion bzw. das Entfallen einer solchen verfolgt werden. Hierzu sollte eine Kooperationsvereinbarung dahingehend getroffen werden, dass Krankenversicherungen generell ihr Einverständnis für Behandlungen von in der Großregion lebenden Patienten in der Großregion erklären. Dies könnte auch eine effiziente Abschätzung der Auslastung von Krankenhäusern vereinfachen und somit Grundlage für eine realistische Bedarfsplanung innerhalb der Großregion ermöglichen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Großregion ihre Stärken und Potentiale zugunsten eines funktionierenden grenzüberschreitenden Arbeitsmarktes hinsichtlich einer effektiven grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ausschöpfen muss. Dies auch vor dem Hintergrund, dass jeder 10. Arbeitnehmer im Gesundheitsbereich beschäftigt ist und im Gesundheitswesen nur allein in der Bundesrepublik Deutschland 250 - 260 Mrd. Euro im Jahr erwirtschaftet werden, dies entspricht derselben Größenordnung wie in der Automobilindustrie. Im Ergebnis könnten Synergieeffekte einer erfolgreichen Gesundheitsversorgung in der Großregion in anderen Bereichen genutzt werden.