

Die Patientenrechte-Richtlinie als „Dienstleistungsrichtlinie des Gesundheitswesens“?

1. Die „Patientenrechte-Richtlinie“ der EU (i.F.: Richtlinie) regelt nicht umfassend die Rechte von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen oder im ärztlichen Behandlungsverhältnis. Im Wesentlichen geht es um die Kostenerstattung bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung und um Vorabgenehmigungen insb. von kostenintensiven Behandlungen, also Themen, die sozialversicherte Patienten betreffen. Flankierend treten Informationspflichten (u.a. die Einrichtung „nationaler Kontaktstellen“) sowie ergänzende Qualitätssicherungsvorgaben hinzu, die insb. die EU-weit abgestimmte Entwicklung medizinischer Standards erleichtern sollen. Die Richtlinie bezieht sich zwar überwiegend, aber nicht ausschließlich auf sozialversicherte Patientinnen und Patienten.
2. Die Richtlinie bringt insb. die bei der passiven Dienstleistungsfreiheit der Patienten ansetzende Rechtsprechung des EuGH zur Kostenerstattung sowie zur Vorabgenehmigung in eine juristisch operable Form. Einzelne Anforderungen, etwa die Voraussetzungen, unter denen eine Vorabgenehmigung nicht versagt werden darf, werden präziser gefasst. Generelle Vorgaben wie etwa das Recht auf diskriminierungsfreie Realisierung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung treten hinzu.
3. Die Richtlinie ergänzt das sog. koordinierende EU-Sozial(verordnungs)recht, insb. die Verordnung Nr. 883/2004. Das unmittelbar geltende EU-Verordnungsrecht und das umsetzungsbedürftige Richtlinienrecht (bzw. das auf seiner Basis ergehende mitgliedstaatliche Recht) sind nebeneinander anwendbar; vorhandenes mitgliedstaatliches Recht ist richtlinienkonform auszulegen. Das steigert, anders als die Erwägungsgründe der Richtlinie meinen, die Transparenz im Interesse der Patientinnen und Patienten nicht. Von effektivem (Gesundheits-)Verbraucherschutz – ein im politischen Raum genannter Grund für den Erlass der Richtlinie – kann schwerlich die Rede sein.
4. Der nationale Umsetzungsgesetzgeber wird u.a. die Kostenerstattungsregeln des § 13 Abs. 4 und 5 SGB V überprüfen müssen. Insb. die Ausrichtung der Richtlinie an der Patientenperspektive sowie am Primat der fachlich-ärztlichen Einschätzung (vgl. Art. 8 Abs. 5 der Richtlinie) wird bislang im deutschen Recht noch nicht hinreichend berücksichtigt. Außerdem ist darüber zu entscheiden, welche Behörden die Funktion der „nationalen Kontaktstelle“ übernehmen. Schließlich wird zu prüfen sein, ob bzw. inwieweit die Qualitätssicherungsvorgaben, die weithin empfehlenden Charakter haben, gesetzliche Anpassungen erforderlich machen.
5. Bei der Bewertung der Richtlinie ist die im engeren Sinne rechtstechnische, auf die Umsetzung fokussierende Ebene von der politisch-strategischen Bedeutungsebene der Richtlinie zu unterscheiden. Die Richtlinie fügt sich in einen insb. bei der sozialpolitisch relevanten EU-Richtlinienggebung nicht ungewöhnlichen Ent- und Informalisierungstrend ein. Die weitgehend freiwillig zu befolgenden Vorgaben der Richtlinie zur EU-weiten Qualitätssicherung lassen sich als Akt formalisierter Informalität deuten. Die EU setzt hier auf einen faktischen Anpassungsdruck (ähnlich den Effekten des bildungspolitischen Bologna-Prozesses), dem förmlich zugewiesene Kompetenzen nicht wichtig sind. Damit einher geht eine informelle Entformalisierung, die die kompetenziellen Grenzen der EU im Bereich der Gesundheitsversorgung (Art. 168 AEUV), aber auch im Bereich der Rechtsangleichung zur Optimierung der Grundfreiheiten (Art. 114 AEUV i.V.m. Art. 5 EUV [Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung, Subsidiaritätsprinzip]) wenn nicht ignoriert, so doch sehenden Auges verunklart.

6. Die Richtlinie lässt sich als Teil einer von der EU-Kommission langfristig verfolgten Strategie zur möglichst weitgehenden Durchsetzung der Idee des Binnenmarkts (wettbewerbsökonomische Allokation) auch auf dem Gesundheitsmarkt deuten. Insofern ist die Richtlinie konzeptionell eng mit der sog. Dienstleistungsrichtlinie verbunden. Auf unterschiedliche Weise wird eine bei der Effektivierung der Grundfreiheiten ansetzende wettbewerbsökonomische Sichtweise in konsequent inkrementeller Weise („Salami-Taktik“) gegen die nicht-wettbewerbsmarktlichen Strukturen der meisten Gesundheits(sozial)systeme in Stellung gebracht (vgl. *Schmucker*, Gesundheitswesen 2010, 150 [151]; *Philippi*, Die BKK 2011, 216 ff.). Das verhindert allerdings nicht, dass die Mitgliedstaaten, wenn sie es denn politisch wollen, die EU-rechtlichen Möglichkeiten nutzen, einer wettbewerbsökonomischen „Vermarktlichung“ sozialer (gesundheits-)Dienstleistungen entgegenzuwirken (vgl. insb. Art. 106 Abs. 2 AEUV).
7. Die Idee eines umfassenden Gesundheitsregulierungsrechts wird zunehmend diskutiert. Zwischen den Polen Markt- und Staatsversagen situiert, gehen vom Regulierungsrecht konzeptionell wie instrumentell Impulse für eine bereichsübergreifende Reform der Steuerungsansätze im Gesundheitswesen aus. Konkrete Konturen für einen solchen gesundheitsregulierungsrechtlichen Steuerungszugriff lassen sich der Richtlinie nicht entnehmen. Allerdings erinnert die Richtlinie an die Grundfreiheiten als wichtigen Antrieb für die Entstehung von Regulierungsrecht. Außerdem veranschaulicht sie, dass Gesundheitsdienstleistungen EU-weit in einem funktional aufeinander bezogenen Netz aus kompetitiven und nicht-kompetitiven Steuerungselementen („mixed economy“) erbracht werden. Die Richtlinie ist daher ein weiterer Impuls, der die Debatte über die Reform des Gesundheitswesens aus regulierungsrechtlicher Perspektive vorantreibt.

Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. 3. 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. EU 2011, L 88/45 (sog. Patientenrechte-Richtlinie)

Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. 12. 2006 über Dienstleistungen im Binnenmarkt, ABl. EU 2006, L 376/36 (sog. Dienstleistungsrichtlinie)

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. 4. 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. EU 2004, L 166/1

§ 13 Abs. 4 SGB V: ¹Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. ²Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. ³Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. ⁴Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. ⁵Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. ⁶Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

§ 13 Abs. 5 SGB V: ¹Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. ²Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.