

Frankfurt, den 13. September 2011

Patientenrechte-Richtlinie als „Dienstleistungsrichtlinie des Gesundheitswesens“?

- Kommentar -

Thesen:

1. Aus rechtssystematischer Sicht ist zu begrüßen, dass bei der Reform des koordinierenden Sozialrechts (VO (EG) 883/2004) auf eine Kodifizierung der EuGH-Rechtsprechung zum primärrechtlichen Kostenerstattungsanspruch verzichtet worden ist und lediglich punktuelle Anpassungen vorgenommen worden sind. Der grenzüberschreitende Sachverhalt im Verhältnis des Patienten zum Leistungserbringer aus der Perspektive der Dienstleistungsfreiheit ist nämlich nicht immer deckungsgleich mit dem grenzüberschreitenden Sachverhalt im Verhältnis des Versicherten zum zuständigen und zum aushelfenden Träger aus der Perspektive des koordinierenden Sozialrechts (vgl. EuGH, Rs. C-208/07, Slg. 2009, I-6095 – von Chamier-Gliszinski –).
2. Mit Art. 7 bis 9 RL 2011/24/EU wird ein Aspekt negativer Integration – der unmittelbar aus Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit folgende Kostenerstattungsanspruch – in den Bereich der positiven Integration der Harmonisierung durch Richtlinienrecht überführt. Bei dieser Strategie müssen kompetenzrechtliche Grenzen beachtet werden, insbesondere das Harmonisierungsverbot im Bereich der Systeme der sozialen Sicherheit (Art. 153 Abs. 2 AEUV, Art. 168 Abs. 5 und 7 AEUV).
3. Aus den kompetenzrechtlichen Grenzen folgt das Gebot einer kompetenzkonformen Auslegung der RL 2011/24/EU. Es unterliegt allein der Kompetenz der Mitgliedstaaten, das Kostenrisiko einer möglicherweise fehlenden Erforderlichkeit der Behandlung zwischen dem Versicherten, dem Leistungserbringer und dem Träger des Systems der sozialen Sicherheit zu verteilen.

Vorschriften:

Art. 20 Abs. 2 VO (EG) 883/2004:

Ein Versicherter, der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, erhält Sachleistungen, die vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob er nach diesen Rechtsvorschriften versichert wäre. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.

Art. 26 Abs. 7 VO (EG) 987/2009:

Hat der Versicherte einen Teil oder die gesamten Kosten der genehmigten ärztlichen Behandlung tatsächlich selbst getragen und sind die vom zuständigen Träger dem Träger des Aufenthaltsorts oder nach Absatz 6 dem Versicherten zu erstattenden Kosten (tatsächliche Kosten) geringer als die Kosten, die er für die gleiche Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat hätte übernehmen müssen (angenommene Kosten), so erstattet der zuständige Träger auf Antrag die dem Versicherten entstandenen Behandlungskosten bis zur Höhe des Betrags, um den die angenommenen Kosten die tatsächlichen Kosten überschreiten. Der Erstattungsbetrag darf jedoch die dem Versicherten tatsächlich entstandenen Kosten nicht überschreiten; der Betrag, den der Versicherte bei einer Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat selbst hätte bezahlen müssen, kann dabei berücksichtigt werden.