

Vorwort

Das Gesundheitswesen ist für die europäischen Staaten ein wesentliches Element der Wirtschaftspolitik und für die EU-Bürger steht die persönliche Gesundheit immer mehr im Vordergrund. Sie geben ihr in ihrem persönlichen Werdegang und im Zusammenhang mit ihrem Umfeld ein immer größeres Gewicht, besonders angesichts ihrer Langlebigkeit und ihres persönlichen Wohlbefindens. Die Personenfreizügigkeit in der Europäischen Union war ursprünglich als Anreiz für die Arbeitnehmer zur Mobilität und als Lösung für die Bedürfnisse der Unternehmen gedacht. Diese Freizügigkeit der Arbeitnehmer wurde nach und nach allgemein den Bürgern zugestanden, bis schließlich durch den Vertrag von Maastricht die EU-Bürgerschaft geschaffen wurde.

Die Möglichkeit, frei und unbeschränkt in der Europäischen Union aus persönlichen Gründen, für das Studium und zu Ausbildungs- oder beruflichen Zwecken zu reisen, wird von den Bürgern als selbstverständliche Normalität wahrgenommen.

Die Patientenmobilität in der Absicht der medizinischen Versorgung in einem anderen Mitgliedstaat wurde zu einem späteren Zeitpunkt realisiert. Zu Anfang geschah dies, um unvorhergesehene Gesundheitsleistungen während eines Aufenthaltes aus persönlichen, familiären oder beruflichen Gründen in einem anderen Mitgliedstaat zu erhalten. Hierfür ist normalerweise das soziale Sicherungssystem des Beschäftigungsstaats zuständig.

In einem solchen Fall dient die Mobilität des EU-Bürgers nicht vorrangig dem Bezug von vorbestimmten Gesundheitsleistungen. Die Leistungserbringung ist die Konsequenz einer Politik der sozialen Sicherung in der EU zur Verhinderung der Beschränkung der Mobilität in Europa, weil die Bürger die Sorge umtreibt, durch die Ausübung der Mobilität weniger soziale Sicherung zu haben.

Solche Situationen, die durch die Koordinierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit geregelt werden und dem Anwendungsbereich der Koordinierungsverordnungen unterliegen, sind weiterhin die häufigsten.

Doch die Unkompliziertheit der Kommunikation und der Reisemöglichkeit in Europa hat die Patientenmobilität mit der Absicht, hochwertige Gesundheitsleistungen zu erhalten, einfacher gemacht.

Die Absicht, sich aus sanitären Gründen in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, kann sich aus einer unzureichenden Infrastruktur des nationalen Systems ergeben, oder auch aufgrund langer Wartezeiten, die den Patienten aufgezwungen werden. Die Entscheidung kann aber auch auf dem medizinischen Konsumverhalten des Patienten beruhen. Gesundheitsleistungen sind letztendlich Leistungen, die wie jede Dienstleistung in der EU einem Vergleich unterzogen werden können. So könnte sich im europäischen Raum die Suche nach einem günstigen Preis-Leistungsverhältnis nach der Logik des Binnenmarktes entwickeln. Wenn das auch noch sehr bescheiden von statten geht, so ist diese Entwicklung doch eine große Herausforderung an die Mitgliedstaaten.

Aufsehen erregende Urteile wie Kohl¹ oder Watts² haben dazu geführt, dass sich die Mitgliedstaaten über die Konsequenzen einer solchen Rechtsprechung zur Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen besorgt zeigten.

Das Thema war umso heikler, als der Europäische Gerichtshof auf der doppelten und vermengten Grundlage der EU-Bürgerschaft und der Gleichbehandlung ein Recht des EU-Bürgers auf nicht beitragsbezogene Sozialleistungen auf dem Territorium der EU feststellte, mit der Folge, dass Bestimmungen zur Beschränkung oder Regulierung des Zugangs zur medizinischen Versorgung auf nationalem Staatsgebiet in Frage gestellt werden konnten.

Die Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenrichtlinie) zielt darauf ab, teilweise gegensätzliche Interessen zu vereinbaren und drei grundlegende Elemente des europäischen Systems sicherzustellen: die Gewährleistung der EU-Bürgerschaft, die Freizügigkeit der Patienten und die Ausgabenbegrenzung der Gesundheitsausgaben in den Mitgliedstaaten.

Die Mitgliedstaaten sind gehalten, die Richtlinie 2011/24 (und im übrigen auch die Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU vom 20. Dezember 2012 mit Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen) spätestens bis zum 25. Oktober 2013 umzusetzen. 2013 ist darum für die nationalen Rechtsordnungen in der ganzen EU ein Jahr mit Bedeutung für die grenzüberschreitende Patientenmobilität.

Im Rahmen der Kooperation zwischen dem Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik (MPI), München und dem Institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE, UMR CNRS 6262), Rennes, wurde im November 2012 an der Universität Rennes 1 eine gemeinsam von IODE und dem MPI organisierte internationale Tagung veranstaltet.

Das Buch „*Freizügigkeit der Patienten in der EU*“ hat neben seiner Funktion als Tagungsband eine darüber hinaus gehende Zielsetzung.

Es ist sein Anliegen, Juristen und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen eine Informationsquelle über die Bedeutung der Patientenmobilität in der Europäischen Union und auf die anzuwendenden Bestimmungen zur Verfügung zu stellen.

¹ EuGH, 28. April 1998, Rs. 198/96, Slg. I-01931.

² EuGH, 16. Mai 2006, Rs. 372/04, Slg. I-4325.

Um eine große Verbreitung möglichst auch außerhalb der europäischen Grenzen zu haben, ist das Buch größtenteils in drei Sprachen, deutsch, englisch und französisch verfasst. Denn die Patientenmobilität entwickelt sich zu einem Phänomen mit weltweiter Dimension, das sowohl von der OECD als auch der Weltgesundheitsorganisation evaluiert wird.

Bei der Darstellung der Struktur eines Europas des Gesundheitswesens verbindet das Buch den juristischen Ansatz mit einem praktischen.

Auch wenn dieses Europa im Wesentlichen noch in einem nationalen Verständnis des Gesundheitswesens verhaftet ist, nimmt es doch durch die Einrichtung regionaler Kooperationsformen im Gesundheitswesen und durch Zusammenschlüsse der Akteure auf politischer und praktischer Ebene eine neue Gestalt an. Die Telemedizin, deren stete grenzüberschreitende Fortentwicklung außer Frage steht, hat manchmal eine unterstützende Funktion für solche Kooperationsformen. So entsteht auch eine neue Form zwischenstaatlicher Politik im Gesundheitswesen des europäischen Wirtschaftsraums und in den Beziehungen mit der Schweiz, die Veränderungen in der Praxis bei den anzuwendenden Bestimmungen und auch hinsichtlich der Verantwortlichkeiten zeitigt.

Das Buch ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil handelt von den Herausforderungen der Freizügigkeit im Gesundheitswesen; der zweite Teil hat die Realität der Personenfreizügigkeit im Gesundheitswesen zum Gegenstand; im dritten Teil wird die Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit skizziert.

Dank

Unseren Dank richten wir für die materielle und finanzielle Unterstützung der Tagung in Rennes und der Veröffentlichung dieses Buches an IODE, an das Max-Planck-Institut, an das Centre d'Excellence Jean Monnet von Rennes, an EN3S, an die EHESP, an die Hans Böckler Stiftung, an die Universität Rennes 1, an die Region Bretagne, an Rennes Métropole, an den DAAD und an die Europäische Kommission.

Dank gebührt den Übersetzerinnen Christina McAllister (deutsch/englisch), Clara Leon (französisch/englisch) und Sandrine Mantz (deutsch/französisch) sowie dem Übersetzer Sven G. Kaufmann (französisch/deutsch), der auch wertvolle Hilfe bei der Durchsicht und Korrektur der Druckfahnen geleistet hat.

Sylvie Hennion, Otto Kaufmann
Rennes und München

Unionsbürgerschaft und Patientenfreizügigkeit
Citoyenneté Européenne et Libre Circulation des
Patients EU Citizenship and Free Movement of Patients
Hennion, S.; Kaufmann, O. (Hrsg.)
2014, XXII, 437 S. 22 Abb., Hardcover
ISBN: 978-3-642-41310-0