

Anhang 2

Ausgewählte EuGH-Urteile mit Auswirkungen auf die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen

Gegenstand	Urteil:
Rechtssache Molenaar (C-160/96)	Urteil vom 5.3.1998
Das niederländisch-deutsche Ehepaar Molenaar erwerbstätig in Deutschland und wohnhaft in Frankreich, war freiwillig in der deutschen GKV und in der deutschen Pflegeversicherung versichert. Die Pflegekasse verneinte einen Leistungsanspruch mit der Begründung, dass die Antragsteller ihren Wohnsitz in Frankreich haben. Das von den Molenaars daraufhin angerufene deutsche Sozialgericht legte den Fall dem EuGH zur Vorabentscheidung vor.	Der EuGH entschied, dass Versicherte der Pflegekassen auch dann Anspruch auf Leistungen der deutschen Pflegeversicherung haben, wenn sie in anderen EU - Mitgliedsländern wohnen. Dies gilt aber nur für das Pflegegeld (also für die Kostenerstattung), nicht aber für Sachleistungen. Die Pflegeversicherung fällt unter die VO 1408/71 (heute: 883/2004), nach der Leistungen bei Krankheit als Geldleistungen auch im Ausland zu erbringen sind.
Rechtssachen Kohll (C-158/96) und Decker (C-120/95)	Urteil vom 28.4.1998
Jeweils ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse hatten der Luxemburger Kohll für seine Tochter eine kieferorthopädische Behandlung bei einem deutschen Zahnarzt vornehmen lassen und der Niederländer Decker Brillengläser bei einem Optiker in Belgien erworben. In beiden Fällen hatten die Krankenkassen der Versicherten die Kostenübernahme verweigert.	Die nationalen Versicherungsträger haben die Kosten der Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat zu tragen, auch wenn zuvor keine Genehmigung bei der Krankenkasse eingeholt wurde. Die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung sowie der Kauf einer Brille im Ausland sowie fallen nach Ansicht des Gerichts unter den Geltungsbereich des freien Dienstleistungs- und Warenverkehrs. Die Praxis der luxemburgischen Krankenversicherung würde diesen in unzulässiger Weise behindern. Eine Einschränkung des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs ist nur bei einem nachweisbaren Vorliegen konkreter Ausnahmetatbestände möglich. Dies sei der Fall, wenn „zwingende Gründe des Allgemeininteresses“ der Ausübung der Grundfreiheiten entgegenstehen. Dies zwingenden Gründe könnten: „eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit“ sowie „Gründe der öffentlichen Gesundheit bzw. des Gesundheitsschutzes“ sein. Beides war in den Fällen Kohll und Decker nicht gegeben. Dadurch dass das Gericht für den Erstattungsanspruch bei Auslandsbehandlungen als Obergrenze die Tarife des Versicherungsstaates festlegte, erschien die finanzielle Grundlage der luxemburgischen Krankenversicherung nicht gefährdet. Auch die öffentliche Gesundheit war nach Ansicht des EuGH nicht bedroht, da es mittlerweile eine europaweite Harmonisierung hinsichtlich des Zugangs und der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gebe. Dies gewährleiste auch bei im Ausland wahrgenommenen ärztlichen Dienstleistungen eine hohe Qualität und einen vergleichbaren Gesundheitsschutz.

Gegenstand	Urteil:
<p>Rechtssache Geraets-Smits und Peerbooms (C-157/99)</p>	<p>Urteil vom 12.7.2001</p>
<p>Die Niederländerin Smits litt an der Parkinsonschen Krankheit. Sie beantragte bei ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme für eine besondere Behandlung in einer deutschen Klinik. Ihr Antrag wurde mit der Begründung abgelehnt, dass eine angemessene Behandlung der Parkinsonschen Krankheit in den Niederlanden verfügbar sei und die beantragte Behandlung keinen zusätzlichen Nutzen bieten würde. Eine strenge medizinische Indikation sei daher nicht gegeben. Ein gerichtlich bestellter Gutachter bekräftigte diese Einschätzung.</p> <p>Herr Peerbooms, ebenfalls aus den Niederlanden, war Komapatient. Er wurde aus den Niederlanden nach Innsbruck verlegt, um dort eine spezielle Therapie zu erhalten, die in den Niederlanden nur auf Versuchsbasis und hier nur für jüngere Patienten zur Verfügung stand. Eine Kostenübernahme wurde von der Krankenversicherung abgelehnt, weil – so die Begründung – eine angemessene Versorgung bei einer niederländischen Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag bestand, möglich gewesen wäre. In diesem Verfahren vertrat der Gutachter die Auffassung, dass die Innsbrucker Therapie angemessen sei und der Patient sie in den Niederlanden nicht hätte erhalten können.</p>	<p>Auch eine Krankenhausbehandlung im Ausland unterliegt grundsätzlich dem freien Dienstleistungsverkehr. Allerdings ist bei einer Krankenhausbehandlung das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung notwendig und angemessen. Dies ergibt sich aus</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer möglichen erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des sozialen Sicherungssystems und - der Notwendigkeit, dass eine ausgewogene, allen zugängliche und hochwertige Krankenhausversorgung, soweit sie zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus beiträgt, einer Planung bedürfe. <p>Jedoch müssen die Voraussetzungen für die Erteilung einer derartigen Genehmigung durch zwingende Gründe gerechtfertigt sein und dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit genügen. Der Finanzierungsträger muss sämtliche Umstände beachten, die den jeweiligen Einzelfall auszeichnen. Die nationalen Behörden müssen nachweisen, dass eine Behandlung mit gleicher Wirksamkeit rechtzeitig in einer Einrichtung, mit der ein nationaler Finanzierungsträger einen Versorgungsvertrag hat, verfügbar ist. Für die Rechtfertigung einer Entscheidung ist die Voraussetzung der Üblichkeit einer Behandlung von Bedeutung. Sie liegt dann vor, wenn die Behandlungsmethode international anerkannt und hinreichend erprobt ist. Rein wirtschaftliche Gründe sind für eine Ablehnung der Kostenerstattung nicht hinreichend.</p> <p>Die Dienstleistungsfreiheit gilt auch für Gesundheitssysteme mit Sachleistungsprinzip.</p>
<p>Rechtssache Vanbraekel u.a. (C-368/98)</p>	<p>Urteil vom 12.7.2001</p>
<p>Die Belgierin Descamps beantragte bei ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme für einen Eingriff in Frankreich. Dieser Antrag wurde abgelehnt, weil die Antragstellerin kein Gutachten eines inländischen Arztes vorgelegt habe. Daraufhin unterzog sich Frau Descamps diesem Eingriff und verklagte ihre Krankenkasse auf Kostenerstattung. In dem Verfahren bescheinigte ein Sachverständiger, dass im Interesse der Gesundheit von Frau Descamps der Eingriff in Frankreich notwendig gewesen sei, weil er hier unter besseren medizinischen Bedingungen erfolgen könne.</p>	<p>Wenn eine Kasse zu Unrecht die Auslandsbehandlung verweigert und der Patient deshalb die Kosten (zunächst) selbst getragen hat, hat er gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Kostenerstattung. Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den Sätzen in dem Mitgliedsstaat, in dem die Behandlung durchgeführt wurde. Anderenfalls könnten Versicherte von einer Auslandsbehandlung abgeschreckt werden. Sind die Behandlungssätze im Versicherungsstaat höher, steht dem Patienten ein Differenzbetrag zu. Eine finanzielle Gefährdung des Systems der sozialen Sicherheit ist dadurch nicht gegeben.</p>

Gegenstand	Urteil:
<p>Rechtssache Müller-Fauré/van-Riet (Rs. C-385/99)</p>	<p>Urteil vom 13.5.2003</p>
<p>Frau Müller-Fauré, bei einer niederländischen Krankenkasse versichert, ließ sich in Deutschland sechs Kronen und eine Oberkieferprothese einsetzen. Ihre Krankenkasse lehnte den Antrag auf Kostenerstattung ab. Diese Entscheidung wurde von der niederländischen Aufsichtsbehörde und einem angerufenen Gericht bestätigt, denn – so die Begründung – Versicherte hätten Anspruch auf die Erstattung der Behandlungskosten nur in einem Ausnahmefall, der aber hier nicht vorliege, u.a. weil sich die Behandlung über mehrere Wochen erstreckt habe.</p> <p>Die Niederländerin van Riet hatte über ihren Hausarzt die Übernahme der Kosten für eine Arthroskopie in einem belgischen Krankenhaus vorab beantragt, da dieser Eingriff dort zu einem früheren Termin erfolgen könne als in den Niederlanden. Die Krankenkasse hatte diesen Antrag jedoch mit der Begründung abgelehnt, dass die Behandlung auch in den Niederlanden durchgeführt werden könne. Zwischenzeitlich hatte die Betroffene sich der Behandlung in Belgien jedoch bereits unterzogen. Ein Beschwerdeausschuss verweigerte eine Kostenübernahme, weil – so die Begründung – die erforderliche und geeignete Behandlung in den Niederlanden in einem angemessenen Zeitraum verfügbar gewesen sei.</p>	<p>Die Genehmigung einer Krankenhausbehandlung im Ausland kann verweigert werden, wenn der Patient die gleiche oder eine ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erhalten kann langt, mit der sein Finanzierungsträger einen Versorgungsvertrag hat.</p> <p>Die Einschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs muss auf objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien beruhen.</p> <p>Die Verfahrensregeln für die Bearbeitung von Anträgen müssen leicht zugänglich und dem betroffenen garantieren, dass sein Antrag in angemessener Frist objektiv und unparteilich geprüft wird. sein.</p> <p>Indem der EuGH den Begriff „rechtzeitig“ konkretisiert, erleichtert er eine Kostenerstattung ohne vorherige Genehmigung, falls im Mitgliedstaat des Versicherten Wartelisten eine Behandlung verzögern oder gar verhindern.</p>
<p>Rechtssache Watts (C-372/04)</p>	<p>Urteil vom 16.5.2006</p>
<p>Die Engländerin Watts, die an Hüftarthritis litt, beantragte die Genehmigung für eine Operation im Ausland. Sie hat mit einer Wartezeit von einem Jahr zu rechnen, weil ein Facharzt sie als Routinefall einstuft. Dies hätte für sie eine Wartezeit von einem Jahr bedeutet. Der Antrag wird abgelehnt, da die Betroffene innerhalb der Zielvorgaben der Regierung für den NHS und damit rechtzeitig am Wohnort behandelt werden könne. 2003 ließ sich Frau Wattswegen einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands ein künstliches Hüftgelenk einsetzen. Der Antrag auf Kostenerstattung durch den NHS wurde abgelehnt.</p>	<p>Eine Krankenhausbehandlung im Ausland darf unter Berufung auf die Existenz einer Warteliste nur verweigert werden, wenn der Finanzierungsträger nachweist, dass die Wartezeit nicht den Rahmen überschreitet, der mit Blick auf den Versorgungsbedarf des Patienten vertretbar ist. Die bloße Existenz einer Warteliste reicht als Verweigerungsgrund also nicht aus. Vielmehr muss der Gesundheitszustand des betroffenen Patienten (Schmerzen, Behinderung, Krankheitsprognose etc.) objektiv medizinisch beurteilt werden. Die Pflicht zur Kostenerstattung gilt auch für einen nationalen Gesundheitsdienst, in dem die Krankenhausbehandlung kostenfrei erfolgt.</p>