

Der Fall „A ./ . Veselības ministrija“

Rs. C-243/19 (A ./ . Veselības ministrija), Urteil des Gerichtshofs vom 29. Oktober 2020

aufbereitet von **Asa Diana Fäckeler**

Das Wichtigste: Lehnt ein Patient die medizinische Behandlungsmethode in seinem Versicherungsmitgliedstaat aufgrund seiner religiösen Überzeugungen ab und wird diesem eine Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung einer mit seiner Religion zu vereinbarenden Behandlungsmethode in einem anderen Mitgliedstaat verweigert, so stellt dies eine mittelbar auf der Religion beruhende Ungleichbehandlung dar. Ein Verstoß gegen das Unionsrecht durch die Verweigerung ist nicht gegeben, wenn ihr ein legitimes Ziel zugrunde liegt und sie ein geeignetes sowie erforderliches Mittel zur Zielerreichung darstellt.

I. Vorbemerkungen

Der Gerichtshof befasst sich in dieser Entscheidung damit, ob die Verweigerung einer Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung auf der Grundlage ausschließlich medizinischer Kriterien abgelehnt werden darf oder ob eine Verpflichtung besteht, auch die religiösen Überzeugungen des Patienten zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wurden dem Gerichtshof zwei grundlegende Fragen zur Problemlösung gestellt: Die erste Frage bezieht sich auf die Auslegung von Art. 20 Abs. 2 der Verordnung Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 der Charta der Grundrechte, die zweite Frage bezieht sich auf die Auslegung von Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 5 der Richtlinie 2011/24 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 der Charta der Grundrechte.

Der Rechtsmittelführer A hatte die Ausstellung eines „Formulars S2“ für seinen Sohn B beantragt, welches geplante Gesundheitsdienstleistungen wie die Operation am Herzen des B in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union genehmigt. Diese Genehmigung hätte sichergestellt, dass die entstandenen Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen, die der Versicherungsmitgliedstaat übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, übernommen worden wären. Jedoch wurde die Genehmigung mit der Begründung abgelehnt, dass die Operation zum einen in Lettland problemlos mit einer Bluttransfusion hätte durchgeführt werden können und es zum anderen keine medizinischen Gründe gab, den Eingriff ohne eine Bluttransfusion durchzuführen. A fühlte sich durch diese Entscheidung wegen seiner Religion diskriminiert. Es gilt also festzustellen, ob die Ausstellung des Formulars allein aus medizinischen Gründen abgelehnt werden durfte und ob eine mittelbare Diskriminierung wegen der Religion sogar rechtlich zulässig und verhältnismäßig sein kann, vor allem im Hinblick auf die dadurch entstehende mögliche zusätzliche Belastung des Gesundheitshaushalts.

1. Zur ersten Frage: Auslegung von Art. 20 Abs. 2 der Verordnung Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 der Charta

In Art. 20 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung wird festgelegt, unter welchen Voraussetzungen der zuständige Träger die Genehmigung erteilen darf. Einerseits muss die betreffende medizinische Behandlung ein Teil der Leistung sein, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgeesehen ist – diese Voraussetzung ist unstreitig erfüllt – andererseits darf die Genehmigung nicht verweigert werden, wenn die Behandlung in dem Mitgliedstaat des Betroffenen nicht rechtzeitig gewährt werden kann. Das Problem stellt sich hier bei der Erfüllung der zweiten Voraussetzung. Die Krankenhäuser in Lettland waren durchaus in der Lage die notwendige Operation in Verbindung mit einer Bluttransfusion durchzuführen. Nur weil A diese Art der Behandlungsmethode ablehnt, heißt es nicht, dass die konkrete Gesundheitsdienstleistung nicht gewährt werden kann. Damit ist schon eine Voraussetzung für die Ausstellung des Formulars S2 nicht erfüllt. Das Gesundheitsministerium teilt die Auffassung des nationalen Gesundheitsdienstes, dass das Formular S2 nur auszustellen ist, wenn der Antragsteller alle Voraussetzungen erfüllt. Dabei besteht für die Behörden auch keinerlei Ermessensspielraum, da diese Bestimmung zwingend ist. Die Entscheidung der lettischen Behörde, die Ausstellung des Formulars S2 zu verweigern, ist somit nicht als mit Art. 20 Abs. 2 der Verordnung unvereinbar anzusehen.

Der Gerichtshof widmet sich dann der Frage, inwieweit im vorliegenden Fall eine mittelbar auf der Religion beruhende Ungleichbehandlung vorliegt. Bei Patienten, die sich einem medizinischen Eingriff mit Bluttransfusion unterziehen, werden die daraus entstehenden Kosten vom sozialen Sicherungssystem des Wohnsitzmitgliedstaats gedeckt. Bei Patienten, die sich aus religiösen Gründen gegen eine solche Behandlung entscheiden und sich dieser stattdessen in einem anderen Mitgliedstaat unterziehen, wo eine mit ihrer Religion in Einklang stehende Behandlungsmethode existiert, werden die Kosten hingegen nicht vom

Wohnsitzmitgliedstaat gedeckt. Daraus ergibt sich eine mittelbar auf der Religion beruhende Ungleichbehandlung zweier Gruppen von Patienten. Von dem in Art. 21 Abs. 1 der Charta der Grundrechte geregelten Diskriminierungsverbot, als besondere Ausprägung des Grundsatzes der Gleichbehandlung aus Art. 20 der Charta der Grundrechte, kann jedoch eine Ausnahme gemacht werden, sofern die unterschiedliche Behandlung objektiv gerechtfertigt ist. Dazu muss sie auf einem objektiven und angemessenen Kriterium beruhen und in angemessenem Verhältnis zum verfolgten Ziel stehen.

Der Gerichtshof ist der Auffassung, dass dies vorliegend der Fall ist. Als Argument führt er den Schutz der finanziellen Stabilität des Sozialversicherungssystems als ein vom Unionsrecht anerkanntes legitimes Ziel an. Voraussetzung dafür ist insbesondere die Planbarkeit der Anzahl an Krankenhäusern, deren geografische Verteilung, ihr Ausbau und die Einrichtungen über die sie verfügen, aber auch die Art der medizinischen Leistungen, die sie anbieten können. Grund für diese Planbarkeit ist zum einen die Gewährleistung eines ausgewogenen Angebots an qualitativ hochwertiger Krankenhausversorgung innerhalb des Mitgliedstaats und zum anderen die Kostenbeherrschung, damit eine Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen bestmöglich verhindert werden kann. Wenn ein auf ausschließlich medizinische Kriterien ausgerichtetes System der Vorabgenehmigung nicht bestünde, dann wäre der Versicherungsmitgliedstaat einer unvorhersehbaren finanziellen Belastung ausgesetzt. Falls in einem anderen Mitgliedstaat erbrachte Sachleistungen zu Kosten führen, die höher sind als die der Leistungen, die im Wohnsitzmitgliedstaat des Versicherten erbracht worden wären, kann die Pflicht zu einer vollständigen Erstattung Mehrkosten für den letztgenannten Mitgliedstaat verursachen, die schwer vorhersehbar wären. Demnach wäre eine Ungleichbehandlung wegen der Religion im Hinblick auf das finanzielle Gleichgewicht des Sozialversicherungssystems als ein legitimes Ziel gerechtfertigt und das Erfordernis der Verhältnismäßigkeit erfüllt.

Die erste Frage ist somit dahingehend zu beantworten, dass Art. 20 Abs. 2 der

Verordnung Nr. 883/2004 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 der Charta der Grundrechte dahingehend auszulegen ist, dass der Versicherungsmitgliedstaat dem Patienten die Erteilung der Genehmigung auf Kostenerstattung verweigern darf, selbst wenn der Versicherte die in seinem Mitgliedstaat vorhandene wirksame Behandlungsmethode aufgrund seiner religiösen Überzeugungen ablehnt.

2. Zur zweiten Frage: Auslegung von Art. 56 AEUV und Art. 8 Abs. 5 der Richtlinie 2011/24 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 der Charta

Nach Art. 7 der Richtlinie 2011/24 hat der Versicherungsmitgliedstaat sicherzustellen, dass die entstehenden Kosten eines Versicherten im Zusammenhang mit grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen, die er übernommen hätte, wenn die Leistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, erstattet werden. Den Patienten steht somit grundsätzlich die Wahl hinsichtlich des Mitgliedstaats, in dem sie Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen wollen, offen.

Des Weiteren darf ein Mitgliedstaat nach Art. 8 der Richtlinie 2011/24 Krankenhausbehandlungen einem System der Vorabgenehmigung unterwerfen, allerdings mit der Einschränkung, dass dabei keine willkürliche Diskriminierung und ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patienten stattfinden darf. Im 43. Erwägungsgrund der Richtlinie 2011/24 heißt es weiter, dass die Kriterien für die Erteilung einer Vorabgenehmigung auf zwingenden Gründen des Allgemeininteresses beruhen müssen, wie etwa dem Planungsbedarf, der im Zusammenhang mit den Zielen steht, eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Sozialversicherungssystems zu vermeiden, die Aufrechterhaltung einer ausgewogenen ärztlichen und klinischen Versorgung und die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde sicherzustellen. Da diese Ziele legitim sind, hat das Gericht weiter zu prüfen, ob diese Regelung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele auf das notwendige und angemessene Maß begrenzt ist. In diesem Punkt besteht ein systematischer Unterschied zwischen

der Regelung in der Verordnung Nr. 883/2004 und der in der Richtlinie 2011/24. Zum einen wird die von der Richtlinie 2011/24 vorgesehene Erstattung auf der Grundlage der für die Gesundheitsversorgung im Versicherungsmitgliedstaat geltenden Gebührenordnung berechnet. Zum anderen werden, wenn die Kosten der im Empfangsmitgliedstaat erbrachten Gesundheitsversorgung niedriger sind als die der im Versicherungsmitgliedstaat erbrachten Gesundheitsversorgung, nur die tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten erstattet. In Anbetracht dieser doppelten Begrenzung kann für das Gesundheitssystem des Versicherungsmitgliedstaats keine mit der Übernahme der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zusammenhängende Gefahr von Mehrkosten bestehen. Diese Auslegung wird zudem durch den 29. Erwägungsgrund der Richtlinie 2011/24 bestätigt. Im Fall einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird dieser Mitgliedstaat im Rahmen der Richtlinie 2011/24 im Gegensatz zur Verordnung Nr. 883/2004 daher grundsätzlich keiner zusätzlichen finanziellen Belastung ausgesetzt. Unter diesen Umständen stellt der Gerichtshof fest, dass das Ziel, die finanzielle Stabilität des Sozialversicherungssystems zu schützen, grundsätzlich nicht geltend gemacht werden kann, um die Weigerung zu rechtfertigen, die in Art. 8 Abs. 1 der Richtlinie 2011/24 vorgesehene Genehmigung unter Umständen wie denen des Ausgangsverfahrens zu erteilen.

Was das legitime Ziel betrifft, einen bestimmten Umfang der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder ein bestimmtes Niveau an Heilkunde zu erhalten, führt der Gerichtshof aus, dass die Weigerung, die Vorabgenehmigung zu erteilen, eine mittelbar auf der Religion beruhende Ungleichbehandlung begründet. Das vorliegende Gericht hat zu beurteilen, ob diese Ungleichbehandlung im Hinblick auf das verfolgte legitime Ziel verhältnismäßig ist und ob in diesem Zusammenhang die Berücksichtigung der religiösen Überzeugungen der Patienten bei der Umsetzung von Art. 8 Abs. 5 und 6 der Richtlinie 2011/24 zu einer Gefahr für die Planung von Krankenhausbehandlungen im Versicherungsmitgliedstaat führt.

Die zweite Frage ist somit dahingehend zu beantworten, dass Art. 8 Abs. 5 der Richtlinie 2011/24 in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 der Charta der Grundrechte dahin auszulegen ist, dass der Versicherungsmitgliedstaat dem Patienten die Erteilung der Genehmigung zur Tragung der Kosten, die der Mitgliedstaat übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, nicht verweigern darf, wenn der Versicherte die in seinem Mitgliedstaat vorhandene wirksame Behandlungsmethode aufgrund seiner religiösen Überzeugungen ablehnt. Eine Ausnahme besteht, wenn diese Weigerung objektiv durch das legitime Ziel gerechtfertigt ist, einen bestimmten Umfang der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder ein bestimmtes Niveau der Heilkunde zu erhalten und wenn sie ein geeignetes und erforderliches Mittel zur Zielerreichung darstellt. Dies zu prüfen ist Sache des vorlegenden Gerichts.

II. Vertiefende Lesehinweise

- *Wollenschläger*, Patientenmobilität in der Europäischen Union - von der Rechtsprechung des EuGH zur neuen Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in: *Europarecht (EuR)*, Seite 149 - 183.
- *Haratsch/Koenig/Pechstein*. *Europarecht*, 12. Auflage 2020.

III. Sachverhalt

Der Sohn B des Vaters A sollte aufgrund einer lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Erkrankung am offenen Herzen operiert werden. Dieser Eingriff hätte in Lettland, dem Versicherungsmitgliedstaat des A, ausgeführt werden können, jedoch nur in Verbindung mit einer Bluttransfusion. A lehnte diese Behandlungsmethode mit der Begründung ab, dass er Zeuge Jehovas sei und beantragte die Ausstellung eines Formulars S2 für seinen Sohn B beim nationalen Gesund-

heitsdienst Lettland, welches die Operation ohne Bluttransfusion in einem anderen Mitgliedstaat und die Tragung der Kosten, die der Mitgliedstaat übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre, gestatten würde. Der nationale Gesundheitsdienst lehnte den Antrag mit Entscheidung vom 29. März 2016 ab, woraufhin A beim Verwaltungsgericht Lettland Klage erhob. Das Gericht wies die Klage mit Urteil vom 9. November 2016 ab. In der Zwischenzeit wurde B in Polen ohne Bluttransfusion am Herzen operiert. Das vorlegende Gericht hat Zweifel, ob der lettische Gesundheitsdienst die Ausstellung des Formulars S2 auf der Grundlage ausschließlich medizinischer Kriterien ablehnen durfte oder ob er verpflichtet war, dabei auch die religiösen Überzeugungen von A zu berücksichtigen. Unter diesen Umständen hat der Oberste Gerichtshof in Lettland das Verfahren ausgesetzt und dem Gerichtshof die oben dargestellten Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt.

IV. Aus den Entscheidungsgründen

In den Erwägungsgründen 4 und 45 der Verordnung Nr. 883/2004 heißt es:

(4) Es ist notwendig, die Eigenheiten der nationalen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit zu berücksichtigen und nur eine Koordinierungsregelung vorzusehen.

[...]

(45) Da das Ziel der beabsichtigten Maßnahme, nämlich Koordinierungsmaßnahmen zur Sicherstellung, dass das Recht auf Freizügigkeit wirksam ausgeübt werden kann, auf Ebene der Mitgliedstaaten nicht ausreichend erreicht werden kann und daher wegen des Umfangs und der Wirkungen der Maßnahme besser auf Gemeinschaftsebene zu erreichen ist, kann die Gemeinschaft im Einklang mit dem in Artikel 5 des Vertrags niedergelegten Subsidiaritätsprinzip tätig

werden. Entsprechend dem in demselben Artikel genannten Verhältnismäßigkeitsprinzip geht diese Verordnung nicht über das für die Erreichung dieses Ziels erforderliche Maß hinaus.

In den Erwägungsgründen 1, 4, 6, 7, 8, 29 und 43 der Richtlinie 2011/24 heißt es:

(1) Gemäß Artikel 168 Absatz 1 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) muss bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden. Demnach muss ein hohes Gesundheitsschutzniveau auch dann sichergestellt werden, wenn die Union Rechtsakte aufgrund anderer Vertragsbestimmungen erlässt.

[...]

(4) Die Patienten können zwar auf der Grundlage dieser Richtlinie grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, doch sind die Mitgliedstaaten nach wie vor für die Bereitstellung sicherer, hochwertiger und effizienter Gesundheitsdienstleistungen in ausreichendem Umfang für die Bürger in ihrem Hoheitsgebiet verantwortlich. Zudem sollten Patienten bei der Umsetzung dieser Richtlinie in einzelstaatliche Rechtsvorschriften und bei deren Anwendung nicht dazu ermuntert werden, Behandlungen in einem anderen als ihrem Versicherungsmitgliedstaat in Anspruch zu nehmen.

[...]

(6) Wie der Gerichtshof ... mehrfach bekräftigt hat, fallen trotz ihrer Besonderheiten alle Arten medizinischer Versorgung in den Anwendungsbereich des AEUV.

(7) Diese Richtlinie respektiert die Freiheit eines jeden Mitgliedstaats, zu entscheiden, welche Art der Gesundheitsversorgung er für angemessen hält, und lässt diese Freiheit unberührt. Die Bestimmungen dieser Richtlinie sollten keinesfalls so ausgelegt werden, dass sie die ethischen Grundsatzentscheidungen der Mitgliedstaaten untergraben.

(8) Mit einigen Aspekten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, insbesondere mit der Kostenerstattung für eine Gesundheitsdienstleistung, die in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen, in dem der Empfänger der Behandlungsleistung seinen Wohnsitz hat, erbracht wurde, hat sich der Gerichtshof bereits befasset. Mit dieser Richtlinie soll eine allgemeinere und auch wirksame Anwendung der Grundsätze erreicht werden, die der Gerichtshof in Einzelfällen entwickelt hat.

[...]

(29) Es ist angebracht vorzuschreiben, dass auch Patienten, die unter anderen als den in der Verordnung Nr. 883/2004 vorgesehenen Umständen eine Gesundheitsdienstleistung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen möchten, in den Genuss der Grundsätze des freien Verkehrs von Patienten, Dienstleistungen und Waren gemäß dem AEUV und dieser Richtlinie kommen sollten. Den Patienten sollte die Übernahme der Kosten für diese Gesundheitsdienstleistungen mindestens auf demselben Niveau garantiert werden, wie sie bei einer Versorgung im Versicherungsmitgliedstaat gewährt worden wäre. Dabei sollten die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, den Umfang der Krankheitskostendeckung für ihre Bürger festzulegen, umfassend gewahrt und jegliche nennenswerte Auswirkungen auf die Finanzierung der nationalen Gesundheitssysteme verhindert werden.

[...]

(43) Die Kriterien für die Erteilung einer Vorabgenehmigung müssen auf zwingenden Gründen des Allgemeininteresses, die eine Einschränkung des freien Verkehrs der Gesundheitsdienstleistungen rechtfertigen können, beruhen, wie etwa dem Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden. Der Gerichtshof hat einige mögliche Erwägungen genannt: eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit, das Ziel, eine ausgewogene, allen zugängliche ärztliche und klinische

Versorgung aufrechtzuerhalten, und das Ziel, einen bestimmten Umfang der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder ein bestimmtes Niveau der Heilkunde, die für die Gesundheit oder gar das Überleben der Bevölkerung erforderlich sind, im Inland zu erhalten.