universität wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Auswirkungen der EuGH Rechtssprechung zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auf die nationalen Gesundheitssysteme. Eine Analyse am Beispiel Österreichs und Schwedens

Verfasserin

Luzia Toman

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A-300

Studienrichtung lt. Studienblatt: Politikwissenschaft

Betreuerin: Ao. Univ.-Prof. Dr. Gerda Falkner

Besonderer Dank gilt meinen Eltern und meinem Freund.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 5

2. Theoretischer Rahmen 8

2.1 Begriffsdefinitionen 8

2.1.1 Sozialpolitik 8

2.1.2 Sozialstaat versus Wohlfahrtsstaat 9

2.1.3 Gesundheitspolitik 11

2.2 Entstehung und Entwicklung von Wohlfahrtsstaaten in Europa 13

2.2.1 Theorien zur Entstehung von Wohlfahrtsstaaten 15

2.2.1.1 Funktionalistische Ansätze 16

2.2.1.2 Interessen-bzw. konflikttheoretische Ansätze 16

2.2.1.3 Institutionalistische Ansätze 17

2.3 Wohlfahrtsstaatstypologien 18

2.3.1 Wohlfahrtsstaatstypologie nach Gøsta Esping-Andersen 19

2.3.1.1 Der „liberale“ Wohlfahrtsstaat 19

2.3.1.2 Der „konservative (korporatistische)“ Wohlfahrtsstaat 20

2.3.1.3 Der „sozialdemokratische“ Wohlfahrtsstaat 20

2.3.2 Kritikpunkte an Wohlfahrtsstaatstypologie Esping-Andersens 21

3. Der österreichische und schwedische Wohlfahrtsstaat 24

3.1 Der österreichische Wohlfahrtsstaat im Überblick 24

3.1.1 Das österreichische Gesundheitssystem 26

3.2 Der schwedische Wohlfahrtsstaat im Überblick 28

3.2.1 Das schwedische Gesundheitssystem 30

4. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union 33

4.1 Die Rechtssprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung 38

5. Die Auswirkungen der EuGH Rechtssprechung auf die Mitgliedsländer Österreich und Schweden 61

5.1 Österreich 61

5.2 Schweden.....66

6. Schlussbemerkungen.....72

7. Tabellenverzeichnis.....78

8. Literaturverzeichnis.....79

Anmerkung der Verfasserin: Für eine flüssigere und leichtere Lesbarkeit des Textes werden in dieser Arbeit keine geschlechtergerechten Formulierungen verwendet.

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit möchte ich mich genauer mit dem Themenkomplex der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auseinandersetzen.
Zwischen 1998 und 2006 erließ der EuGH eine ganze Kette von Urteilen, in denen er immer wieder festhielt, dass die Mitgliedstaaten auch im Gesundheitsbereich die vier Grundfreiheiten, allen voran die freie Waren- und Dienstleistungsverkehrsfreiheit zu beachten haben. Bis dahin waren die Mitgliedstaaten der Ansicht, dass vor allem der Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit nicht auf den Gesundheitsbereich angewendet werden muss, da Gesundheitsdienstleistungen nicht als wirtschaftliche Dienstleistungen im Rahmen der EU-Verträge angesehen wurden.
Mit seiner Rechtsprechung in diesem Bereich setzte der Europäische Gerichtshof einen Prozess in Gang, indem sukzessive einerseits die territoriale Begrenztheit der nationalstaatlich organisierten Gesundheitssysteme aufgebrochen wurde und andererseits die Rechte der Patienten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsbehandlungen im EU-Raum gestärkt wurden.
Im Zuge dieses Prozesses wirkte auch die Europäische Kommission als Akteur mit, indem sie auf den Grundsatzentscheidungen des EuGH aufbauend begann, eine Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln, welche im April 2011 in Kraft trat. Damit wurde nun endgültig ein Rahmenwerk für den Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union geschaffen. Den Mitgliedstaaten bleibt bis 25. Oktober 2013 Zeit die Richtlinie in innerstaatliches Recht umzusetzen.

Meine leitende Forschungsfrage, welche schon aus dem Titel ersichtlich wird, soll beleuchten welche Auswirkungen die Rechtssprechung des EuGH auf die nationalen Gesundheitssysteme Österreich und Schweden hat. Dabei wird auch versucht bereits Tendenzen festzustellen, inwieweit die Richtlinie Auswirkungen auf die beiden nationalen Gesundheitssysteme haben könnte. Die Wahl gerade dieser beiden Länder erfolgte nicht nur aufgrund des persönlichen Bezugsverhältnisses, welches zu ihnen besteht, sondern auch weil die beiden Länder unterschiedliche Organisations- und

Finanzierungsstrukturen im Gesundheitsbereich aufweisen, wodurch möglicherweise unterschiedliche Auswirkungen festgestellt werden können.

Die methodische Vorgangsweise, die dieser Arbeit zugrunde gelegt wurde, beruht einerseits im allgemeinen auf der Literaturanalyse der zu diesem Themenbereich publizierten Literatur und im Besonderen auf der Analyse von elf Urteilen des EuGH zwischen 1998 und 2006 zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, sowie der Richtlinie der Europäischen Kommission zur Patientenmobilität. Als methodischer Zugang für die Erfassung von Informationen über die Auswirkungen der Rechtssprechung auf die nationalen Gesundheitssysteme Österreich und Schweden wurde die qualitative Methode gewählt. Es wurde versucht anhand von Experteninterviews mit Vertretern aus den jeweilig zuständigen Ministerien in beiden Ländern, mit Sozialversicherungsvertretern und mit Vertretern auf regionaler Ebene der leitenden Forschungsfrage nachzugehen.

Aufbau der Arbeit:

In meinem zweiten Kapitel, welches den theoretischen Rahmen meiner Arbeit bildet, werde ich zunächst ein paar Begriffsdefinitionen zu Sozialpolitik, Sozial- beziehungsweise Wohlfahrtsstaatlichkeit und Gesundheitspolitik geben. Daran anschließend gebe ich einen kurzen Überblick über die Entstehung und Entwicklung von Wohlfahrtsstaaten in Europa und komme hier kurz auf die Theorien zu sprechen, die dazu entwickelt wurden. Danach gehe ich auf die von Gøsta Esping-Andersen entwickelte Zuteilung von Wohlfahrtsstaaten zu drei „Wohlfahrtsstaatsregimen“ ein und beleuchte dazu die wichtigsten Kritikpunkte, die zu seiner Typenbildung festgestellt wurden.

In meinem dritten Kapitel gebe ich eine kurze Übersicht sowohl über den österreichischen und schwedischen Wohlfahrtsstaat als auch über die Gesundheitssysteme beider Länder.

In Kapitel vier widme ich mich ausführlich dem Themenkomplex der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union. Ein Schwerpunkt hier werden die Urteile des EuGH darstellen. Für eine allgemeinere Verständlichkeit werde ich hier zuerst auf den Ausgangsrechtsstreit jeweils kurz

eingehen, um den es im nationalen Verfahren ging und anschließend genauer die Grundsätze des EuGH darlegen, die er in seinen Urteilen aufgestellt hat. Im Anschluss daran wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten Bestimmungen der Richtlinie zur Patientenmobilität gegeben.

Kapitel fünf befasst sich ausschließlich mit den Auswirkungen der EuGH Rechtssprechung und der Richtlinie zur Patientenmobilität auf das österreichische und schwedische Gesundheitssystem. Dabei werden die Ergebnisse, die im Laufe des Forschungsprozesses evaluiert werden konnten, dargelegt.

In den Schlussbemerkungen soll noch einmal ein kurzer Überblick über den Themenbereich gegeben werden, vor allem aber sollen die Erkenntnisse der Arbeit noch einmal kurz und prägnant zusammengefasst werden.

1. Theoretischer Rahmen

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 Sozialpolitik

Nach Manfred Schmidt kann zwischen Sozialpolitik im engeren Sinne, im mittelweiten Sinne und im weiten Sinne unterschieden werden. (vgl. Schmidt 2004: 654)

Sozialpolitik im engeren Sinne umfasst die Gesamtheit aller institutionellen, prozessualen und entscheidungsinhaltlichen Aspekte derjenigen Bemühungen, die darauf zielen, soziale Sicherheit für einen Teil oder für die Gesamtheit der Bevölkerung verbindlich zu regeln. Dem Staat kommt bei der Erbringung von Sozialpolitik eine zentrale Rolle zu. Allerdings sind auch Sozialversicherungen, Kommunen, Wohlfahrtsverbände und private Institutionen in den Geberkreis mit eingebunden. Zu den zentralen Zielen der Sozialpolitik zählen die Sicherung gegen Risiken des Lebens (vor allem durch Einkommensausfall aufgrund von Krankheit, Unfall, Invalidität, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft und Alter), die Bekämpfung von stark ausgeprägten sozialen Ungleichheiten, der Schutz vor Not und die Steigerung der Wohlfahrt im Allgemeinen. (vgl. Schmidt 2004: 654)

Sozialpolitik im mittelweiten Sinne umfasst die Gestaltung und Regulierung der Arbeitsordnung, wie Arbeitsbeziehungen und Arbeitsschutz. Auch die Gestaltung und Regulierung der Bildungs- und Beschäftigungspolitik sowie des Wohnungs- und Mietwesens können darunter fallen, wie es in den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten der Fall ist. (vgl. Schmidt 2004: 654)

Sozialpolitik im sehr weiten Sinne umfasst sämtliche politische Steuerungseingriffe in die Wirtschaft, wie marktlenkende,- korrigierende und -ergänzende Eingriffe. (vgl. Schmidt 2004: 654)

Vorrangig ist Sozialpolitik *„[…] darauf gerichtet, Konflikte über die Verteilung begehrter Güter und Werte in der Arbeitswelt und in der sozialen Sicherung mit Anspruch auf gesamtgesellschaftliche Verbindlichkeit zu regeln“* (Schmidt 2004: 654).

2.1.2 Sozialstaat versus Wohlfahrtsstaat

Nach Manfred Schmidt bezeichnet der Begriff des Sozialstaates im Generellen eine staatliche Herrschaftsorganisation und eine Staatstätigkeit. (vgl. Schmidt 2004: 656)
Des Weiteren kann er als Ergänzungsbegriff zum liberalen Rechtsstaat und als Gegenbegriff zum umfassenden Versorgungsstaat beziehungsweise Obrigkeitsstaat angesehen werden. (vgl. Schmidt 2004: 657)
Der Sozialstaat zielt darauf ab die Sicherheit und Gleichheit der Lebensführungschancen für alle Bürger zu garantieren, insbesondere durch Interventionen im Rahmen rechtsstaatlicher Verfassung in die Gesellschaftsordnung, in die Einkommensverteilung (vor allem in den Fällen des Einkommensausfalls oder der Einkommensminderung aufgrund der bereits oben erwähnten Faktoren), in die Arbeitswelt und in die Gesundheitsversorgung. (vgl. Schmidt 2004: 806)

Der Begriff des Wohlfahrtsstaates umfasst zusätzlich staatliche Interventionen im Wohnungs-, Bildungs-, und Beschäftigungsbereich. (vgl. Schmidt 2000: 638)

Der Staat greift aktiv in wirtschaftliche und gesellschaftliche Abläufe zur Schaffung komplexer Sicherungssysteme und zur Verwirklichung der Sozialordnung ein. Dabei stehen ihm unterschiedliche Mittel und Instrumente zur Verfügung, welche sowohl Gebote und Verbote und prozedurale Steuerung, als auch Geld- und Sachleistungen miteinschließen. (vgl. Schmidt 2004: 654)

> *„Sozial- bzw. Wohlfahrtsstaatlichkeit ist […] ein in Verfassungen, Gesetzen und Verordnungen kodifizierter Vergesellschaftungsmodus, der eine Parteinahme für soziale Schwächere voraussetzt, Eingriffe in das Wirtschaftsleben bedingt und neben Schutz- auch Gestaltungsaufgaben umfaßt.“* (Butterwegge 1999: 15)

Allgemein sollte Sozialstaatlichkeit in einem Sozial- beziehungsweise Wohlfahrtsstaat vor allem die drei Aspekte der sozialen Sicherheit, der sozialen Gleichheit und der sozialen Gerechtigkeit umfassen. (vgl. Butterwegge 1999: 15)
In der politikwissenschaftlichen Diskussion besteht keine Einigkeit darüber, ob der Begriff des Sozialstaates (aus dem deutschen Sprachgebrauch) mit jenem des

Wohlfahrtsstaates (aus dem angloamerikanischen Begriff welfare state) gleichgesetzt werden kann. Befürworter und Kritiker stehen sich mit unterschiedlichen Anschauungen und Meinungen gegenüber. (vgl. Butterwegge 1999: 12)
Ursula Münch zum Beispiel hält eine Trennung der beiden Begriffe für angebracht. Sie argumentiert einerseits damit, dass die einzelnen Länder verschiedene Systeme der sozialen Sicherung aufweisen, weil sie jeweils verschieden auf die sozialen Probleme der Zeit reagiert haben. Während in Deutschland die Lösung der Arbeiterfrage im Mittelpunkt stand, war es in Großbritannien die Armenfrage und in Frankreich die Familienfrage. (vgl. Münch 1997, zitiert nach Butterwegge 1999: 12)
Andererseits bringt Münch ins Feld, dass der Begriff des Sozialstaates gegenüber jenem des Wohlfahrtsstaates nur eine Regelungsform für einen bestimmten Teilbereich bezeichnet, nicht jedoch ein Prinzip der Herrschaftsorganisation durch den Staat. *„Während Sozialpolitik institutionell bestimmten Ressorts zugeordnet werden kann, trifft dies auf den ‚überall und nirgends verankerten' Wohlfahrtsstaat nicht zu."* (Münch 1997, zitiert nach Butterwege 1999: 12)

Nach Bernd Henningsen verläuft eine Unterscheidung der beiden Begriffe dahingehend, dass im Sozialstaat die Freiheit des Einzelnen noch höher gegenüber der Solidarität gestellt wird als im Wohlfahrtsstaat. (vgl. Henningsen 2000: 642)
Im Sozialstaat, welcher sich hauptsächlich durch Versicherungsabgaben finanziert, steht der arbeitende Mensch im Zentrum der staatlich gelenkten Sozialpolitik und sichert im Notfall dessen ökonomische Existenz ab (Subsidiaritätsprinzip). (vgl. Henningsen 2000: 642)
Demgegenüber wird im Wohlfahrtsstaat die soziale Sicherheit als universelles Bürgerrecht angesehen, ebenso wie das Wahlrecht, die Gleichheit vor dem Gesetz und die politischen Freiheiten. (vgl. Henningsen 2000: 642) Im Zweifelsfalle stellt der Wohlfahrtsstaat *„[...] Solidarität vor Freiheit, ist i.d.R. effizienter, wird finanziert durch Steuern und ist überwiegend staatlich organisiert, daher dem Verdacht staatlicher Bevormundung des einzelnen ausgesetzt"* (Henningsen 2000: 642).

Jens Alber hingegen kann zu den Vertretern zählen, die eine Gleichsetzung der beiden Begriffe präferieren. Er argumentiert damit, dass der Begriff des Wohlfahrtsstaates nur deskriptiv zur Bezeichnung bestimmter Staatsaktivitäten gebraucht wird und deswegen sehr wohl mit jenem des Sozialstaates gleichgesetzt werden kann. Wohlfahrts-

beziehungsweise Sozialstaaten sind nach Alber ein wesentliches Kennzeichen westlicher Demokratien und moderner Gesellschaften. (vgl. Alber 1989 nach Butterwegge 1999: 14)

Zum Schluss kann festgehalten werden, dass abgesehen der Diskussion über die Gleichsetzung der beiden Begriffe Sozialstaat und Wohlfahrtsstaat, letzterer im deutschen Sprachgebrauch noch immer negative Assoziationen hervorruft, da er gern als übermächtiges Staatswesen angesehen wird, der die Freiräume der Bürger einschränkt, um sie umfassend versorgen zu können. Im deutschsprachigen Raum sind daher die Begriffe Sozialstaat und System der sozialen Sicherung gebräuchlicher. (vgl. Schmid 2002: 34)
In der Zwischenzeit hat aber der Begriff des Wohlfahrtsstaates in der politikwissenschaftlichen vergleichenden Forschung als „komparativer Kunstbegriff" Verbreitung und Anklang gefunden. (vgl. Schmid 2002: 34)

2.1.3 Gesundheitspolitik

Nach Manfred Schmidt kann Gesundheitspolitik definiert werden als *„[...] das politische Handeln, seine institutionellen Rahmenbedingungen und die ihm zugrunde liegenden Konflikt- und Konsensbildungsvorgänge, die darauf gerichtet sind, die Gesundheitsvorsorge und die Krankheitsbehandlung gesamtgesellschaftlich verbindlich zu regeln"* (Schmidt 2004: 273).
Zu den Hauptzielen staatlicher Gesundheitspolitik zählt einerseits die Sicherung der Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung (dazu zählen Maßnahmen zur Prävention und ärztliche Behandlung, Pflege und Rehabilitation) und andererseits die Absicherung der monetären Risiken im Krankheitsfall. (vgl. Döhler 2000: 220f.; Boeckh und Huster 2003: 411)
Für die Gesundheitsversorgung stehen verschiedene Einrichtungen zur Verfügung, wie der ambulante Sektor mit den niedergelassenen Ärzten, der stationäre Sektor der Krankenhausversorgung, als auch Pflege und Rehabilitationseinrichtungen. (vgl. Boeckh und Huster 2003: 411)

Im gesundheitspolitischen Bereich wird zwischen drei wesentlichen Akteuren differenziert:

- Leistungsträger (Kassen, Versicherungen, nationale Gesundheitsdienste)
- Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser)
- Leistungsempfänger (Patienten)

(vgl. Landwehr 2010: 319)

Die einzelnen Länder unterscheiden sich im gesundheitspolitischen Bereich nicht nur hinsichtlich Struktur, Größenordnung und Ziele, sondern auch hinsichtlich der Kompetenzaufteilung zwischen Staat und Markt. Dabei kann im internationalen Vergleich zwischen drei verschiedenen Organisationsformen unterschieden werden:

- Sozialversicherungssysteme, charakterisiert durch eine gesetzliche Pflichtversicherung, welche durch Beiträge finanziert werden und medizinischem Leistungsangebot, welches vom Staat kontrolliert, jedoch hauptsächlich von privaten Anbietern getragen wird.
- Nationale Gesundheitsdienste mit staatlichem Leistungsangebot und allgemeiner Steuerfinanzierung
- Systeme, die privatwirtschaftlich strukturiert und organisiert sind.

(vgl. Schmidt 2004: 273; Landwehr 2010: 319)

Eines der zentralen Probleme des Gesundheitsbereiches sind die seit einigen Jahrzehnten steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung, bedingt durch demographische Veränderungen und den medizinisch-technischen Fortschritt. Daher stehen in allen Ländern Reformdiskussionen an und drehen sich vor allem um das Schlagwort der Kostendämpfung. Die Vorschläge reichen von einer Einführung stärkerer Wettbewerbselemente zwischen einerseits den Leistungsanbietern und andererseits den Krankenkassen über eine Ausweitung privater Krankenversicherungen, Streichungen von bestimmten Leistungen beziehungsweise Preiserhöhungen für bestimmte Gesundheitsleistungen und eine Erhöhung der Selbstkostenbeiträge durch die Leistungsempfänger. (vgl. Döhler 2000: 223; Boeckh und Huster 2003: 413; Landwehr 2010: 319)

2.2 Entstehung und Entwicklung von Wohlfahrtsstaaten in Europa

Die Anfänge moderner wohlfahrtsstaatlicher Politik lassen sich auf das ausgehende 19. Jahrhundert datieren und fallen zusammen mit den großen politischen, ökonomischen und sozialen Umwälzungen der Zeit. Industrialisierung, Urbanisierung, Durchsetzung der kapitalistischen Produktionsweise, Entstehung des Industrieproletariats, neue Formen des Massenelends, Bevölkerungswachstum, Veränderung von traditionellen Lebensformen (Auflösung traditioneller Familienstrukturen), Säkularisierung, politische Mobilisierung der Massen und Entstehung der Nationalstaaten waren Faktoren einer Entwicklung, mit denen jedes europäische Land konfrontiert war. Die daraus resultierende Notlage breiter Bevölkerungsschichten wurde in der Öffentlichkeit unter dem Schlagwort der „sozialen Frage" thematisiert. Die Wahrnehmung und Verarbeitung dieser zentralen Probleme variierte jedoch von Land zu Land, abhängig von den jeweils eigenen politischen, ökonomischen und sozialgesellschaftlichen Traditionen. (vgl. Alber 1982; Flora 1984; Kraus 2001; Ritter 2010)

Deutschland nahm in dieser Zeit eine Pionierrolle ein und erließ früher als andere Länder bereits in den 1880er Jahren erste Sozialversicherungsgesetze. Viele westeuropäische Staaten folgten dieser Entwicklung und so wurden im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert soziale Sicherungssysteme in Form von Sozialversicherungen geschaffen, um die Risiken des Einkommensverlustes bei Krankheit, Unfall, Alter, und Invalidität abzumildern. *„Die dreißig Jahre zwischen 1885 und 1915 können damit als Entstehungsphase der Sozialversicherung in Westeuropa gelten."* (Alber 1982: 27)

In dieser Frühphase der Entwicklung moderner Sozialpolitik dominierten die Herrschaftsinteressen traditioneller nationaler, politischer Eliten, denen es um die Erhaltung der politischen Ordnung ging. Deshalb kann in dieser Phase von einer Durchsetzung der Sozialpolitik von oben gesprochen werden. (vgl. Alber 1982; Kraus 2001; Ritter 2010)

In der Zwischenkriegszeit wurden die sozialen Sicherungssysteme weiter ausgebaut und auf neue Bevölkerungsgruppen ausgeweitet. So wurde in dieser Zeit erst die Arbeitslosenversicherung in den meisten Ländern eingeführt, da das Risiko der Arbeitslosigkeit lange Zeit als nicht berechenbar und daher als nicht versicherungsfähig galt. Außerdem konnte lange kein Konsens über die Organisationsform dieses

Versicherungstyps gefunden werden und es wurde eine Ausnutzung dieser Art des Versicherungssystems befürchtet. (vgl. Alber 1982; Ritter 2010)
Die weitere Entwicklung der Sozialsysteme wurde in der Zwischenkriegszeit vorrangig von der Arbeiterbewegung bestimmt, die durch eine verstärkte politische Mobilisierung Regierungsverantwortung übernahm. Demnach kann in dieser Phase von einer Sozialpolitik von unten gesprochen werden. (vgl. Alber 1982)

Vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg setze dann die starke Expansionsphase des Wohlfahrtsstaates ein. Diese beruhte nicht nur auf ökonomischem Wachstum, sondern auch auf der Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates von allen politischen Parteien. Diese Phase wird auch als goldenes Zeitalter des Wohlfahrtsstaates bezeichnet, in der die Sicherungssysteme allgemein vervollständigt und konsolidiert wurden. Das Ende dieser Expansionsphase setzte Mitte der 1970er Jahre ein. Geringes Wirtschaftswachstum, steigende Arbeitslosigkeit, zunehmende Staatsverschuldung, steigende Finanzierungslasten und zunehmende Globalisierungstendenzen setzten die Länder ziemlich unter Druck. Dabei nahmen auch *„[...] ideologische Vorbehalte gegen einen als überproportioniert empfundenen Wohlfahrtsstaat […]“* (Schmidt 2007: 253) wieder zu. Reformmaßnahmen mit teilweise massiven Ausgaben- und Leistungssenkungen und einem Rückzug des Staates wurde in allen Ländern eingeleitet. In einigen Ländern verliefen die Prozesse des Wohlfahrtsstaatsabbaus einschneidender als in anderen. Trotzdem blieb eine nahezu umfassende Versorgung aller Bürger mit Transferleistungen und sozialen Diensten bestehen. (vgl. Alber 1982; Flora 1984; Ritter 2010; Schmidt 2007; Schmid 2010)

Bis heute geht jedoch die Diskussion in den einzelnen Ländern über Effizienz und Effektivität der Sozialpolitik weiter. So wird immer wieder die Frage diskutiert, in welchem Verhältnis die Maßnahmen zur sozialen Sicherung dem Staat, den Verbänden und der privaten Vorsorge anvertraut beziehungsweise übertragen werden sollen und welche Form der Finanzierungsbasis allgemein die beste für sozialpolitische Leistungen darstellt. (vgl. Schmidt 2000: 640) Denn der Wohlfahrtsstaat ist kein abgeschlossenes Produkt einer Entwicklung, sondern ständig neuen Veränderungen und Herausforderungen unterworfen (vgl. Ritter 2010: 220). Diese äußern sich heute in einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung, einer Veränderung von Lebensformen (Anstieg von alleinlebenden Personen und alleinerziehenden Müttern), Globalisierung und Europäisierung. Letztere führt zu einer zunehmenden Offenheit der europäischen

Sozialsysteme, wodurch Probleme ihren nationalen Bezug verlieren und nationale Sozialpolitik durch wichtige Elemente europäischer Sozialpolitik überdacht wird. (vgl. Huster 2003: 906)

Immer wieder wird auch die Diskussion weitergeführt werden, inwieweit der Wohlfahrtsstaat existierende Probleme gelöst hat beziehungsweise löst oder neue Probleme hervorruft. Befürworter betonen die erfolgreiche Bewältigung der sozialen Frage, sowie allgemeine Sicherungs- und Stabilisierungseffekte, die der Wohlfahrtsstaat für den Einzelnen und die Gesellschaft hat (unter anderem durch den Schutz gegen Wechselfälle des Lebens). Weiters heben sie die politischen und sozial friedensstiftenden Funktionen und die guten Effekte für die Gesamtwirtschaft (durch eine Stabilisierung der wirtschaftlichen Nachfrage) hervor. Kritiker werfen dem Wohlfahrtsstaat Freiheitseinschränkung, Bevormundung und teure Finanzierung sowie eine Unterminierung der Wettbewerbsfähigkeit der Ökonomie und der Arbeitsbereitschaft vor. Ebenso werden neue Verteilungskonflikte als Folge ausgebauter Wohlfahrtsstaatlichkeit prognostiziert. (vgl. Schmidt 2000: 640 f.; Schmidt 2004: 657)

2.2.1 Theorien zur Entstehung von Wohlfahrtsstaaten

Verschiedene Theorien wurden im Lauf der Zeit entwickelt, um das Entstehen beziehungsweise das Wachstum des modernen Wohlfahrtsstaates zu erklären. Dabei können nach Stephan Lessenich jeweils drei Erklärungsansätze unterschieden werden. (vgl. Lessenich 2000: 42)

> *„Jeder dieser Analysestränge stellt eine der drei charakteristischen Makro-Strukturen moderner Gesellschaften – Staat, Kapitalismus, Demokratie – ins Zentrum, erklärt also die Herausbildung des wohlfahrtsstaatlichen Gesellschaftstypus jeweils vorrangig unter Bezugnahme auf die politischen, ökonomischen oder sozialen Spezifika der demokratisch-kapitalistischen Staaten der westlichen Welt […].“* (Lessenich 2000: 43)

2.2.1.1 Funktionalistische Ansätze

Diese Ansätze sehen staatliche Sozialpolitik als politische Reaktion auf sich verändernde wirtschaftliche Gegebenheiten beziehungsweise auf soziale Probleme bedingt durch den Übergang von der Agrar- zur Industriegesellschaft. Dabei werden die wirtschaftlichen Prozesse, welche zum Durchbruch des Wohlfahrtsstaates beigetragen haben sollen, jeweils verschieden analysiert. Zum ersten als Prozess der Industrialisierung, welcher mit seinen Folgen den Staat zu sozialpolitischen Maßnahmen herausgefordert habe. Zum zweiten als Prozess der Modernisierung. *„Es sind hiernach die Begleiteffekte des (kollektiven) Übergangs westlicher Nationen zum modernen Gesellschaftstypus, die wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen zum Durchbruch verhelfen – Effekte, die sich durchaus nicht allein auf sozioökonomische Prozesse reduzieren lassen.“* (Lessenich 2000: 44) So werden auch kulturelle und politische Faktoren, wie Säkularisierung und Demokratisierung (politische Mobilisierung) in die Erklärungsanalyse miteinbezogen. Und zum dritten als Prozess der Herausbildung einer kapitalistischen Produktionsform und Gesellschaftsformation, womit dem Kapitalismus eine entscheidende Erklärungsfunktion zukommt. (vgl. Alber 1982: 119; Lessenich 2000: 43ff.; Cousins 2005: 20ff.)

2.2.1.2 Interessen- bzw. konflikttheoretische Ansätze

„Sie betonen die zentrale Rolle der Demokratie, d.h. der Durchsetzung des allgemeinen Wahlrechts und/oder der Ausbreitung demokratischer Formen der Interessensorganisation, -repräsenation und –vermittlung für wohlfahrtsstaatliche Institutionalisierungsprozesse.“ (Lessenich 2000: 45f.) Demnach kommt hier der politischen Mobilisierung vor allem der Arbeiterschaft eine zentrale Rolle bei der Durchsetzung sozialpolitischer Forderungen zu.

Innerhalb dieses Demokratisierungs- und Politisierungsprozesses wird auf verschiedene Aspekte eingegangen, denen besondere Erklärungsrelevanz beigemessen wird, wie zum Beispiel die Massendemokratie, Klassenmobilisierung und Klassenpolitik (Sozialdemokratie), Parteiendemokratie und politische Koalitionsbildungen. (vgl. Alber 1982: 119; Lessenich 2000: 45ff.; Cousins 2005: 24ff.)

2.2.1.3 Institutionalistische Ansätze

Diese sind sehr staatszentriert und betonen die Rolle des Staates als eigenständigen und autonomen Akteur. Die Ansätze selbst unterscheiden sich dahingehend, ob sie exogene oder endogene Faktoren in den Mittelpunkt ihrer Analyse stellen. Die Ansätze, welche sich auf exogene Faktoren konzentrieren, stellen die Wohlfahrtsstaatsentwicklung in einen internationalen Kontext und *„[…] betonen die Wirksamkeit kultureller Diffusions- und institutioneller Lernprozesse über Staatsgrenzen hinweg […]"* (Lessenich 2000: 49f.). Dabei kommt es entweder zu einem Erfahrungsaustauch von sozialpolitischen Programmen und Ideen oder zu Konkurrenz um eben diese. Bei den Ansätzen, welche endogene Faktoren betonen, steht die Geschichte der Staaten beziehungsweise Nationalstaatenbildung im Vordergrund, wobei sozialpolitische Praktiken der staatlichen Eliten auf national politische und gesellschaftliche Besonderheiten hin analysiert werden. Weiters wird bei den endogenen Faktoren auch auf spezifische Staatsstrukturen geschaut, wie beispielsweise auf *„[…] Tendenzen zur Zentralisierung, Professionalisierung und Bürokratisierung der Staatsadministration […]"* (Lessenich 2000: 50). Auch politische Rückkoppelungseffekte, also der Einfluss früherer Sozialpolitik auf weitere sozialpolitische Entwicklungen, werden innerhalb der endogenen Faktoren thematisiert. Damit bezieht man sich jedoch mehr auf die Verlaufsform der Expansion von Wohlfahrtsstaaten als auf seine Entstehungsgeschichte. (vgl. Lessenich 2000: 49ff.; Cousins 2005: 30ff.)

Es kann festgehalten werden, dass jeder Ansatz auf seine Weise versucht jeweils spezifische Erklärungen für die Entstehung von Wohlfahrtsstaaten hervorzuheben und zu betonen, wobei auf jeweils unterschiedliche Haupterklärungsfaktoren eingegangen wird. Während funktionalistische Ansätze das Gemeinsame aller Staaten in ihrer Herausbildung zu Wohlfahrtsstaaten betonen, gehen konflikttheoretische und institutionalistische Ansätze mehr auf die Diversität von Wohlfahrtsstaatlichkeit in ihrer politischen Realisierung und institutionellen Ausgestaltung ein (vgl. Lessenich 2000: 55).

Keiner dieser Ansätze kann jedoch der Komplexität der Entwicklung voll gerecht werden. Dazu bedürfte es viel differenzierter Erklärungsmodelle, welche verschiedenartigste Faktoren zu einem integrierten Modell zu verarbeiten versuchen müssten. (vgl. Alber 1982: 201; Cousins 2005: 32f.)

2.3 Wohlfahrtsstaatstypologien

Jedes Mitgliedsland der Europäischen Union zeichnet sich durch einen mehr oder weniger ausgeprägten Wohlfahrtsstaat aus. Wohlfahrtsstaatliche Elemente können daher als Gemeinsamkeiten der EU-Mitgliedstaaten angesehen werden.

> *„Bei der Ausgestaltung der Systeme gibt es aber deutliche Abweichungen unterschiedlicher Intensität und Genese bei der Finanzierung, der Verwaltung, der Qualität der Leistungen und dem Kreis der Empfänger, die regelmäßig historisch bedingt sind und sich verfestigt haben."* (Prunzel 2007: 55)

Mitte der 1970er Jahre begann die Wohlfahrtsstaatsforschung erstmals damit nicht nur die Vielfalt wohlfahrtsstaatlicher Entwicklungslinien genauer zu untersuchen, sondern auch mit dem Versuch die einzelnen Wohlfahrtsstaaten zu typologisieren und in eine Ordnung zu bringen. (vgl. Lessenich 2000: 55) *„Die Typenbildung sollte dabei den empirisch fundierten Vergleich nicht ersetzen, sondern im Gegenteil als Orientierungshilfe für diesen dienen […]"* (Lessenich 2000: 55).

Schon früh wurde unter den europäischen Wohlfahrtsstaaten zwischen sogenannten Bismarck Ländern, welche dem Typus des Sozialversicherungssystems folgen und Beveridge Ländern, welche dem Typus der steuerfinanzierten Staatsbürgerversorgung folgen, differenziert. (vgl. Lessenich 2000: 55f.)

Es war aber insbesondere der dänische Politikwissenschaftler Gøsta Esping-Andersen, der die vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung mit seiner Arbeit "The Three Worlds of Welfare Capitalism" aus dem Jahre 1990 entscheidend beeinflusste. Er begründete *„[…] die Grundlage für die in der Wohlfahrtsstaatenforschung heute etablierte Methode der Zuordnung wohlfahrtsstaatlicher Regime zu drei (oder mehr) Wohlfahrtsstaatstypen"* (Pawle 2005: 11).

Nach Esping-Andersen lassen sich unter Bezugnahme auf die jeweils national unterschiedlich verlaufenden Formen der politischen Mobilisierung und der konkreten Macht- beziehungsweise Klassenkoalitionen die Unterschiedlichkeiten der einzelnen Wohlfahrtsstaaten und ihrer Leistungen erklären. (vgl. Esping-Andersen 1990: 29ff.; Lessenich 2000: 57)

Anhand von drei Vergleichsdimensionen, nämlich „De-Kommodifizierung“, „Stratifizierung“ und das Verhältnis zwischen Staat, Markt und Familie entwickelte Esping-Andersen die drei „Wohlfahrtsstaatsregime“. Erstere Dimension bezieht sich auf das Ausmaß staatlicher Sozialpolitik. Je größer diese ausgestaltet ist, umso mehr wird die Marktabhängigkeit von Individuen und Haushalten vermindert. Zwischen den Wohlfahrtsstaaten besteht also ein Unterschied bezüglich der Qualität und Reichweite von sozialen Leistungen. Die zweite Dimension, der „Stratifizierungsgrad“ zielt auf *„[…] die gesellschaftliche Verteilungslogik von Wohlfahrtsstaaten. Er erläutert inwiefern soziale Ungleichheits-Strukturen durch regimespezifische Interventionen hervorgerufen, verhindert oder reproduziert werden.“* (Pawle 2005: 19) Die dritte Dimension schließlich schaut auf das Zusammenspiel zwischen öffentlichen (Staat) und privaten (Markt und Familie) Trägern bei der Erbringung von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen. (vgl. Lessenich 2000: 57f.; Pawle 2005: 17ff.)

2.3.1 Wohlfahrtstypologie nach Gøsta Esping-Andersen

2.3.1.1 Der „liberale“ Wohlfahrtsstaat

Diesen Wohlfahrtsstaaten, zu denen Großbritannien, Irland, die USA, Kanada und Australien zählen, liegt ein liberales Marktverständnis zugrunde, indem die Rolle des Staates ziemlich gering ausfällt. Sozialstaatliche Leistungen, welche oft an Bedürftigkeitsprüfungen gebunden und damit mit Stigmatisierung verbunden sind, fallen limitiert und auf einem ziemlich niedrigem Niveau aus. (vgl. Esping-Andersen 1990: 26f.; Prunzel 2007: 60)

Dafür spielt private Wohlfahrt über die Familie oder den Markt eine zentrale Rolle, wobei private Wohlfahrtseinrichtungen, wie zum Beispiel Fürsorgeeinrichtungen, vom Staat unterstützt werden. (vgl. Esping-Andersen 1990: 26f.)

> *“In turn, the state encourages the market, either passively – by guaranteeing only a minium – or actively – by subsidizing private welfare schemes.“* (Esping-Andersen 1990: 26f.)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Staat nur dann eingreift, wenn die Familie und der Markt versagt haben, weshalb aus staatlicher Sicht nur auf eine Grund- und Mindestsicherung abgezielt wird. Die Sozialleistungen selbst werden in Form von Steuern finanziert. (vgl. Esping-Andersen 1990: 26f.; Schmid 2002: 84; Prunzel 2007: 60)

2.3.1.2 Der „konservativ-korporatistische" Wohlfahrtsstaat

In diesem Cluster finden sich die Länder Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien wieder. Der Staat übernimmt im konservativen Wohlfahrtsstaat eine aktivere Rolle, interveniert allerdings nur temporär. Dem Markt kommt eine ziemlich untergeordnete Rolle hinsichtlich der Bereitstellung von Leistungen zu. Die nach Berufen gegliederte gesetzliche Sozialversicherung, die durch Beiträge finanziert wird, kann als zentrales Gestaltungsprinzip dieser Wohlfahrtsstaaten angesehen werden. Die Leistungen der Sozialversicherungen (wie Pensions-, Krankheits-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung) sind mit der aktiven Teilnahme des Individuums am Arbeitsmarkt verbunden und die Leistungsansprüche des Einzelnen basieren auf seinen jeweiligen Beiträgen. Soziale Rechte sind in diesen Wohlfahrtsstaaten tendenzielle sehr stark mit Klasse und Status verwoben. (vgl. Esping-Andersen 1990: 27; Prunzel 2007: 60f.)

Traditionelle Familienstrukturen, als auch die Kirche nehmen in „konservativ-korporatistischen" Wohlfahrtsstaaten noch immer eine große Rolle ein. (vgl. Esping-Andersen 1990: 27)

Das System der beitragsfinanzierten Sozialversicherungen weist kein hohes Umverteilungspotential auf, da ihre Leistungen den jeweiligen Status quo erhalten. (vgl. Prunzel 2007: 61)

2.3.1.3 Der „sozialdemokratische" Wohlfahrtsstaat

Damit bezieht sich Esping-Andersen auf die skandinavischen Länder Schweden, Norwegen und Dänemark.

> *"We may call it the ‚social democratic' regime-typ since, in these nations, social democracy was clearly the dominant force behind social reform."* (Esping-Andersen 1990: 27)

In den skandinavischen Ländern wird soziale Sicherheit als universelles Bürgerrecht verstanden, wobei der Staat jedem einzelnen seiner Bürger soziale Sicherungsrechte zukommen lässt, welche über eine Mindestsicherung hinausgehen und eine gehobene Standardsicherung mit sich bringen. Dies geschieht nach dem Gleichheitsprinzip, wodurch es zu keiner Bevorzugung gewisser sozialer Schichten oder der Geschlechter kommt. Jedem stehen die gleichen Leistungen zu. (vgl. Esping-Andersen 1990: 27; Prunzel 2007: 61f.)

Weitere Charakteristika des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaates sind die kollektive Steuerfinanzierung und damit eine hohe Umverteilungswirkung und die Leistungserbringung durch den öffentlichen Dienst. (vgl. Prunzel 2007: 59)

Der Staat spielt in den skandinavischen Ländern eine aktive und starke Rolle, sodass dem Markt und dem privaten Sektor nur eine untergeordnete Funktion zukommt. Der Staat verfolgt vor allem eine aktive Beschäftigungspolitik, um einen hohen Beschäftigungsgrad zu erzielen, was vor allem zu einer aktiven Einbindung von Frauen in den Arbeitsmarkt führt. Letzteres wird dadurch erzielt, dass der Staat vor allem im Bereich der Fürsorge viele Tätigkeiten übernimmt und anbietet. (vgl. Esping-Andersen 1990; Prunzel 2007: 61f.)

2.3.2 Kritikpunkte an Wohlfahrtsstaatstypologie Esping-Andersens

Obwohl der Typologie von Gøsta Esping-Andersen eine wichtige Bedeutung in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung zukommt, so ist sie dennoch nicht frei von Kritik geblieben. So wird auch immer wieder auf eine Anpassung der Regimetypologien an neue Verhältnisse, die beispielsweise aufgrund steigender Globalisierungstendenzen entstehen, hingewiesen. (vgl. Schmid 2002: 92ff.; Pawle 2005: 21)

Im Folgenden sollen einige der wichtigsten Kritikpunkte wiedergegeben werden.

- Nach Christoph Butterwegge ist allgemein der Versuch eine Typologisierung von Wohlfahrtsstaaten umstritten, *„[…] weil die hohe Komplexität der einzelnen Sicherungssysteme zu mancherlei Überschneidungen bei ihrer Klassifizierung führt und kein Raster den wissenschaftlichen Ansprüchen genügt"* (Butterwegge 1999: 19).

- Nicht alle Länder wurden in Esping-Andersens Einteilung zu drei Wohlfahrtsregimen berücksichtigt. Daher wurde sein Ansatz von Maurizio Ferrera und Stephan Leibfried um den „rudimentären Wohlfahrtsstaat" ergänzt, welcher die Länder Spanien, Portugal, Griechenland und teilweise Italien erfasst.[1] (vgl. Lessenich 2000: 60; Schmid 2002: 87)

- Immer wieder wird der methodische Einwand hervorgebracht, dass bei Esping-Andersen Typologie nicht klar ersichtlich wird, ob es sich dabei um Ideal- oder Realtypen handelt (vgl. Schmid 2002: 89). Diese Problematik spricht Esping-Andersen an einigen Stellen in seinem Werk selbst an, in dem er anmerkt, dass die Wohlfahrtsstaaten zwar einem bestimmten Typus zuzuordnen sind, aber dennoch verschiedene Elemente in sich vereinen. So lassen sich in den „sozialdemokratischen" Ländern auch liberale Elemente finden und in den „konservativ-korporatistischen" Ländern sowohl sozialdemokratische, als auch liberale. (vgl. Esping-Andersen 1990: 28f.)

- Esping-Andersen verfolgt ein rationalistisches Politikverständnis. Dabei geht er davon aus, dass Politikinhalte im Sinne von Outputs immer das Ergebnis von politischen Ideen und Programmen zum Ausdruck bringen und lässt manchmal außer Acht, dass Politikinhalte auch beabsichtigte oder nicht beabsichtige Nebeneffekte früherer Entscheidungen wiederspiegeln können. (vgl. Offe 1993 nach Schmidt 2007: 273)

- Ein weiterer Kritikpunkt an Esping-Andersen Typologie bezieht sich darauf, dass sie *„[…] von einem hohen Maß an politischer Trägheit ausgeht, ohne dies*

[1] Die Sicherungssysteme sind in diesen Ländern nur teilweise entwickelt und weisen noch ziemliche Lücken auf. Traditionelle, nicht-staatliche soziale Sicherungsformen, wie die Familie oder die Kirchen nehmen noch einen relativ großen Stellenwert ein. Insgesamt ist der Arbeitsmarkt noch stark landwirtschaftlich ausgeprägt. (vgl. Schmid 2002: 87)

theoretisch oder empirisch weiter zu explizieren" (Schmidt 2007: 273). So werden Veränderungen über die Zeit von seiner Theorie nicht genügend erfasst, sodass von statischen Typenbildungen gesprochen werden kann. So blendet er vollständig die wohlfahrtsstaatlichen Restrukturierungsmaßnahmen, die in den 1990er Jahren zu konstatieren waren, aus. (vgl. Schmidt 2007: 273f.)

- Die Voraussetzung eines konsistenten Regimecharakters über die einzelnen Politikbereiche des Wohlfahrtsstaates hinweg wird kritisch unter die Lupe genommen. Denn den einzelnen wohlfahrtsstaatlichen Politikbereichen liegt jeweils eine unterschiedliche politische Schwerpunktsetzung der einzelnen Regierungen zugrunde, was sich auch bei der Großzügigkeit sozialer Leistungen ausdrückt. Im Konkreten bedeutet dies, dass Länder mit großzügig ausgestalteter Alterssicherung, nicht gleichzeitig über eine großzügig ausgestaltete Arbeitslosenunterstützung verfügen müssen. (vgl. Schmidt 2007: 274f.)

Es ist zum Schluss noch einmal hervorzuheben, dass trotz aller Kritik der dänische Politikwissenschaftler mit seinem Werk einen wichtigen Beitrag geleistet hat, denn seine Wohlfahrtstaatstypologie ist zum *„Dreh- und Angelpunkt der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung geworden"* (Schmid 2002: 91). Sie baut bis heute auf seinem Werk auf und knüpft daran Modifikationen oder Ergänzungen um weitere Wohlfahrtsstaatstypen an. Esping-Andersen Typologie bietet sich aber auch an für eine weiterführende Vertiefung im Rahmen von Fallstudien in Form vergleichender Perspektive. (vgl. Schmid 2002: 91f.)

3. Der österreichische und schwedische Wohlfahrtsstaat

3.1 Der österreichische Wohlfahrtsstaat im Überblick

Wie bereits erwähnt wurde, wird Österreich nach Esping-Andersen dem „konservativ-korporatistischen“ Wohlfahrtsmodell zugeordnet. (vgl. Esping-Andersen 1990)
Allgemein stellt das Sozialversicherungsprinzip das zentrale Element des österreichischen Wohlfahrtsstaates dar. *„Eng damit verknüpft ist die Erwerbsorientierung des österreichischen Sozialsystems […]“* (Badelt und Österle 2001: 6).
Dies bedeutet, dass für die Inanspruchnahme von Sozialversicherungsleistungen die aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt notwendig ist. Prinzipiell richtet sich die Zugehörigkeit der Versicherten zu den einzelnen Sozialversicherungsträgern nach der Berufstätigkeit. Das Ziel der Sozialversicherung ist die Erwerbstätigen gegen die Risiken des Lebens, welche aufgrund von Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit und Alter zu Einkommensausfall oder Einkommensminderung führen können, abzusichern. Obwohl in der Zeit nach 1945 sowohl der Umfang der Leistungen, als auch die Zahl der Leistungsempfänger (Einbindung von selbständig Erwerbstätigen) stetig erweitert wurde, besteht jedoch immer noch für einen Teil der Bevölkerung kein Anspruch auf eigenständige soziale Sicherung. Dies trifft auf Frauen, die zwar im Haushalt tätig sind, jedoch nicht aktiv in den Arbeitsmarkt integriert sind, und auf Kinder zu. Für beide besteht die Möglichkeit der Mitversicherung über den Ehemann beziehungsweise über einen Elternteil. Es besteht aber auch die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung, wie zum Beispiel in der Krankenversicherung, wodurch das System generell für alle offen ist. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 160; Badelt und Österle 2001: 6f.; Tálos 2005: 21ff.)

Zum Großteil werden die Leistungen der Sozialversicherung durch die Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert, wobei die Beiträge nach der Höhe des Einkommens berechnet werden. *„Die Höhe dieser Beiträge unterscheidet sich nach Versicherungsbereich (Krankheit, Unfall, Pension), aber auch nach Berufsgruppen […].“* (Badelt und Österle 2001: 7) Zusätzlich zu den Beitragszahlungen der

Erwerbstätigen erhalten die Versicherungen auch Beiträge seitens des Bundes. So trägt der Bund maßgeblich zur Finanzierung der Pensionsversicherung bei, sowie die Länder und Gemeinden zur Finanzierung der Krankenanstalten. (vgl. Badelt und Österle 2001: 5)

Die Leistungsansprüche des Einzelnen hängen sowohl von der Höhe, als auch der Dauer der Beitragsleistungen ab. Dies trifft vor allem auf das Arbeitslosengeld und die Notstandshilfe, als auch auf die Alterspensionen und auf Geldleistungen in der Krankenversicherung zu. (vgl. Badelt und Österle 2001: 7; Tálos 2005: 23)
In der Pensionsversicherung sind zusätzlich bedarfsorientierte Mindestleistungen vorgesehen. So werden durch die sogenannte Ausgleichszulage sehr niedrige Pensionen auf einen gewissen Betrag angehoben. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: 12)

Heute gibt es in Österreich 22 Sozialversicherungsträger, welche für die Bereiche der Kranken-, Unfall-, und Pensionsversicherung zuständig sind, wobei sie teilweise nach den Versicherungsinhalten, als auch nach Berufsgruppen und nach regionalen Zuständigkeiten aufgegliedert sind. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: 10) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger kann als Dachverband der 22 Sozialversicherungsträger angesehen werden. Für alle 22 Versicherungsträger gilt das Prinzip der Selbstverwaltung. Eine Ausnahme bildet die Arbeitslosenversicherung, welche nicht dem Hauptverband angeschlossen ist, sondern durch das Arbeitsmarktservice verwaltet wird. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: 11)

Neben den Leistungen aus der Sozialversicherung existieren auch universelle, einkommensunabhängige Leistungen, welche die gesamte Bevölkerung erfassen, wie die Familienbeihilfe und das Pflegegeld. (vgl. Badelt 2001: 9)

Zusätzlich zum Sozialversicherungsprinzip gibt es in Österreich die bedarfsorientierte Mindestsicherung, früher Sozialhilfe genannt, die das zweite Netz sozialer Sicherung darstellt. Diese *„[…] sollte nur dann in Anspruch genommen werden können, wenn es für die Hilfesuchenden keine anderen Möglichkeiten der Sicherung des Unterhaltes gibt“* (Tálos 2005: 24). Die bedarfsorientierte Mindestsicherung wird dabei von den

einzelnen Bundesländern durchgeführt und durch Steuern finanziert. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: 12)

Allgemein kann festgehalten werden, dass das auf Beiträgen beruhende Sozialversicherungssystem kein hohes Umverteilungspotential aufweist, da mit den Beiträgen der jeweilige Status quo erhalten bleibt. (vgl. Tálos 2005: 26; Prunzel 2007: 61)

3.1.1 Das österreichische Gesundheitssystem

„Im Zentrum der österreichischen Gesundheitspolitik steht die gesetzliche Krankenversicherung." (Lißner und Wöss 1999: 159) Zum Kreis der Versicherten gehören nicht nur Erwerbstätige, sondern auch Pensionisten und Personen, die über die Arbeitslosenversicherung Geld beziehen. Zusätzlich besteht noch die Möglichkeit der Mitversicherung und der freiwilligen Versicherung, wie bereits erwähnt wurde. Dadurch werden ungefähr 99% der gesamten Wohnbevölkerung von der Krankenversicherung erfasst. Das österreichische Gesundheitssystem folgt dem Sachleistungsprinzip, indem die Behandlung für den Patienten selbst kostenlos erfolgt. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 159f.; Badelt und Österle 2001: 39)

Folgende Krankenkassen sind unter anderem für den Krankenversicherungszweig zuständig:

- Neun Gebietskrankenkassen, je eine pro Bundesland (zuständig für Arbeiter und Angestellte)
- Sechs Betriebskrankenkassen
- Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- Sozialversicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

(vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010: 7)

Es besteht für die Versicherten, wie schon erwähnt wurde, kein Anspruch auf eine freie Wahl der Krankenkasse, denn die Zugehörigkeit richtet sich nach der Erwerbstätigkeit. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 160)
Zum Leistungskatalog der Krankenversicherung zählen sowohl Geld- als auch Sachleistungen. Erstere umfasst die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld im Krankheitsfall und Mutterschaftsleistungen (Wochengeld für Mutter vor und nach der Geburt). Zu den Sachleistungen zählen ärztliche Behandlungen sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor, Medikamente, Medizinprodukte (zum Beispiel Brillen, Rollstühle), Zahnbasisbehandlungen, Kuren und Leistungen zur Rehabilitation. (vgl. Obinger und Tálos 2006: 59; Bundesministerium für Gesundheit 2010: 10f.)

Ambulante Behandlungen werden in Österreich von freiberuflich tätigen Ärzten ausgeführt. Sie arbeiten auf der Basis von Verträgen, welche zwischen der Ärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger hinsichtlich der Abgeltung von Leistungen geschlossen werden und werden daher auch als Kassenärzte bezeichnet. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 161; Badelt und Österle 2001: 46)
Prinzipiell können die Versicherten zwischen Kassen- und Wahlärzten wählen. Letztere stehen in keinem unmittelbaren Vertragsverhältnis zu den gesetzlichen Krankenkassen. Erfolgt bei Kassenärzten die Leistung unentgeltlich, so muss bei Wahlärzten die Leistung im Voraus beglichen werden. Die Krankenkasse beteiligt sich im Nachhinein mit 80% der Kosten. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 161; Wendt 2003: 117)

Die Krankenhäuser befinden sich meist im Landes- oder Gemeindebesitz, zum Teil auch in Ordensbesitz. Nur mit wenigen Ausnahmen werden Krankenhäuser auch von der Krankenversicherung im Eigentum getragen. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 162)

Bei der Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems nehmen die Beiträge der sozialen Krankenversicherung einen zentralen Stellenwert ein, da allein dadurch knapp die Hälfte der Gesamtausgaben gedeckt wird. Zusätzlich erfolgt die Finanzierung aus den Budgets des Bundes, der Länder und Gemeinden und durch Selbstbeteiligungskosten der Patienten. (vgl. Badelt und Österle 2001: 43; Bundesministerium für Gesundheit 2010: 18) Erfolgt die Finanzierung des ambulanten Sektors fast ausschließlich über die soziale Krankenversicherung, so werden im stationären Sektor die Kosten jeweils zur Hälfte von der Sozialversicherung und den

Ländern beziehungsweise Gemeinden getragen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010: 18)

Die Rahmengesetze im Gesundheitsbereich werden auf Bundesebene vorgegeben, die einzelnen Bundesländer sind für die Durchführung und Vollziehung der Gesetze, vor allem im Spitalsbereich, zuständig. Ebenso ist es Aufgabe der Bundesländer die stationäre Versorgung sicherzustellen. Auch die Krankenkassen sind für die Verwaltung der Gesundheitssicherung zuständig. (vgl. Wendt 2003: 119; Bundesministerium für Gesundheit 2010: 6)

3.2 Der schwedische Wohlfahrtsstaat im Überblick

Der schwedische Wohlfahrtsstaat wird nach Esping-Andersen dem „sozialdemokratischen" Wohlfahrtsmodell zugeordnet, da die Sozialdemokratische Partei über viele Jahre hinweg die Politik des Landes bestimmte. (vgl. Esping-Andersen 1990)

Soziale Sicherung wird im schwedischen Wohlfahrtsstaat als universelles Bürgerrecht angesehen, wodurch diese jedem Bürger, unabhängig von Klasse oder Geschlecht, zusteht. Der einzelne Bürger soll gegen die Risiken des Lebens abgesichert werden, *„[…] wobei die öffentliche Versorgung mit Sozialleistungen dominiert"* (Schmid 2002: 206).
Allgemein wird das Prinzip der Sozialversicherung mit dem Prinzip der umfassenden Versorgung aller Bürger kombiniert, wodurch sich auch beide Finanzierungsformen, also Beitrags- und Steuerfinanzierung wiederfinden (vgl. Schmid 2002: 206).

Das soziale Sicherungssystem in Schweden besteht aus der Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung (vgl. Schmid 2002: 208ff.). Jeder, der in Schweden wohnt oder arbeitet wird von der Sozialversicherung erfasst. (vgl. Försäkringskassan 2012a: 2)

Die „Försäkringskassan“ verwaltet im Auftrag der Regierung die Kranken- und Unfallversicherung, wobei die Elternversicherung als eigener Bereich der Krankenversicherung angeschlossen ist. Die Elternversicherung umfasst die Leistungen des Schwangerschaftsgeldes, des Elternurlaubs und des Kindergeldes. Die Kinderbetreuung fällt in die Zuständigkeit der einzelnen Provinzen und Gemeinden. (vgl. Schmid 2002: 213f.; Försäkringskassan 2012a)

> *„Die Krankenversicherung gewährt eine Reihe spezifischer Leistungen im Zusammenhang mit Krankheit, hat allerdings nicht als Hauptaufgabe, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und zu finanzieren.“* (Lißner und Wöss 1999: 145)

So umfasst die Krankenversicherung hauptsächlich Geldleistungen in Form von Krankengeld, Zahlungen für Rehabilitationen, Zahlungen von Zuschüssen für Zahnbehandlungskosten von über 19-jährigen und Zahlungen von Frühpensionen aufgrund von dauerhaften Erkrankungen (vgl. Lißner und Wöss 1999: 145; Schmid 2002: 212; Försäkringskassan 2012a)

Die Pensionsversicherung wird von „Pensionsmyndigheten“ übernommen und verwaltet. Allgemein besteht das Pensionssystem in Schweden aus zwei Teilen. Auf der einen Seite existiert eine einkommensabhängige Pension. *„Die Höhe der Pensionen wird im wesentlichen durch die Höhe der im Laufe des Erwerbslebens gezahlten Beiträge bestimmt.“* (Lißner und Wöss 1999: 69) Die Beitragssätze sind sowohl von Arbeitgebern- als auch Arbeitnehmern zu entrichten. Auf der anderen Seite existiert eine „Garantiepension“, welche all jenen zusteht, die entweder keinen oder nur einen geringen Anspruch auf eine beitragsbezogene Pension haben. Diese wird über Steuern finanziert. (vgl. Pensionsmyndigheten 2011a; Pensionsmyndigheten 2011b)

Die Arbeitslosenversicherung wird in Schweden von zwei verschiedenen Organisationssträngen verwaltet. Auf der einen Seite gibt es gewerkschaftliche Arbeitslosenkassen, welche im Schwedischen mit „A-Kassa“ bezeichnet werden. Die Mitgliedschaft ist freiwillig und sieht Mitgliedsbeiträge vor. Auf der anderen Seite gibt es die staatliche Arbeitsmarktverwaltung, „Arbetsförmedlingen“. Nur Mitglieder der A-Kassa können bei Arbeitslosigkeit ein einkommensbezogenes Arbeitslosengeld

beziehen. Dabei werden die Leistungen *„[…] durch den Staatsbeitrag finanziert, der sich mehr oder weniger aus der Arbeitsmarktabgabe der Arbeitgeber speist. Der Staatsbeitrag wird den Arbeitslosenkassen von der Arbeitsmarktverwaltung zur Verfügung gestellt, […]“* (Schmid 2002: 216). Leute ohne Mitgliedschaft in einer A-Kasse können bei Arbeitslosigkeit einen sogenannten Grundbetrag erhalten, welcher durch allgemeine Steuern finanziert wird. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 210ff.; Schmid 2002: 215f.)

Die Leistungen der Sozialversicherung werden im Allgemeinen durch Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer als auch über Steuern finanziert.
Bei Sozialleistungen, die jeden Bürger gleichermaßen erfassen, wie bei der Grundpension, tritt die Steuerfinanzierung in den Vordergrund. (vgl. Schmid 2002: 209ff.

Auch in Schweden existiert zusätzlich zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung die soziale Mindestsicherung als zweites Netz der sozialen Sicherung. Dabei handelt es sich um einen bedarfsorientierten Anspruch, welcher *„[…] mit Maßnahmen zur (Re-) Integration auf den Arbeitsmarkt verknüpft […]“* (Schmid 2002: 217) ist. Die Leistungen differieren zwar zwischen den einzelnen Gemeinden, orientieren sich aber an nationalen Richtwerten und werden über Steuern finanziert. (vgl. Schmid 2002: 217)

Insgesamt wird über die kollektive Steuerfinanzierung eine hohe Umverteilungswirkung im schwedischen Wohlfahrtsstaat erzielt. (vgl. Prunzel 2007: 59)

3.2.1 Das schwedische Gesundheitssystem

Wie bereits vorher erwähnt wurde, stellen Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zwei verschiedene Zweige im schwedischen Gesundheitssystem dar.

Die Gesundheitsversorgung wird von den einzelnen Provinzen (auf Schwedisch „landsting“ genannt) und Gemeinden bereitgestellt, organisiert und finanziert und steht jedem Bürger mit Wohnsitz in der jeweiligen Provinz zu. Dabei kommt generell das

Sachleistungsprinzip zur Anwendung, wo der Patient für die Behandlung selbst nichts bezahlen muss. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 146; Regeringskansliet 2007: 1)

Der Staat legt die allgemeinen Grundsätze und Leitideen der Gesundheitspolitik fest und belässt den Provinzen viel Freiraum zur individuellen Ausgestaltung derselben. (vgl. Regeringskansliet 2007: 1)

Die Provinzen stellen folgende Gesundheitsleistungen zur Verfügung:

- Ambulant ärztliche Versorgung
- Stationäre Versorgung im Krankenhaus
- Zahnbehandlung und Zahnersatz bei Kindern und Jugendlichen bis zum 19. Lebensjahr

(vgl. Lißner und Wöss 1999: 146)

Die einzelnen Gemeinden übernehmen die Versorgung sowohl von älteren, pflegebedürftigen Personen, als auch von behinderten Personen. (vgl. Regeringskansliet 2007: 2)

Die Provinzen finanzieren die Gesundheitsversorgung über die Einnahmen regionaler Steuern (auf Schwedisch „kommunal skatt"), wobei die Höhe der Steuersätze von den Provinzen selbst festgelegt werden dürfen. Zusätzliche Einnahmequellen stellen Staatszuschüsse und Selbstbeteiligungskosten der Patienten (auf Schwedisch „Patientavgifter") dar. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 147; Regeringskansliet 2007: 2f.)

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung erfolgt in sogenannten Gesundheitszentren, wo neben Ärzten, meistens Allgemeinmedizinern, auch Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Hebamen, Physiotherapeuten, Sozialbetreuer und Beschäftigungstherapeuten tätig sind. Die Ärzte sind bei den jeweiligen Provinzen angestellt und beziehen fixe Gehälter. (vgl. Regeringskansliet 2007: 2)
Seit dem 1. Jänner 2003 steht den Patienten das Recht zu, sich in jeder Provinz Schwedens behandeln zu lassen und zwar nach den Ansprüchen, die ihm in seiner Heimatprovinz zustehen. Ebenso steht den Patienten das Recht zu, zwischen öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleistern zu entscheiden. Generell dürfen alle privaten Gesundheitsdienstleister, die den Ansprüchen der Provinzen entsprechen,

Vereinbarungen mit diesen treffen und ein Gesundheitszentrum aufmachen. Dabei werden sie aus öffentlichen Mitteln finanziert. Zusätzlich gibt es auch Privatärzte, die keine vertraglichen Vereinbarungen mit den Provinzen getroffen haben. Hier hat der Patient die vollen Kosten zu tragen. (vgl. Regeringskansliet 2007: 2)

Die zahnärztliche Versorgung ist für Personen ab dem 19. Lebensjahr von der öffentlichen Gesundheitsversorgung ausgenommen. Hier spielen besonders private Anbieter eine große Rolle. Zahnärzten, die bei den Provinzen angestellt sind, kommt hauptsächlich die Aufgabe zu, die zahnärztliche Behandlung für Kinder und Jugendliche zu übernehmen. Die Kosten für zahnärztliche Behandlungen muss der Patient selbst übernehmen, die Sozialversicherung beteiligt sich dabei nur mit einem kleinen Grundbetrag pro Jahr für jeden Bürger beziehungsweise mit einer prozentualen Übernahme der Kosten, wenn diese im Jahr eine gewisse Höchstgrenze überschreiten. (vgl. Lißner und Wöss 1999: 152; Regeringskansliet 2011)

4. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union

Wie bereits erläutert wurde, ist Sozialpolitik in den Ländern der Europäischen Union jeweils unterschiedlich ausgestaltet und folgt verschiedenen ideologischen Anschauungs- und Wertvorstellungen. Dadurch existieren innerhalb der Europäischen Union nicht nur unterschiedliche Sozialniveaus, sondern auch verschiedenartige Organisations- und Finanzierungsstrukturen. Dies lässt sich auch im Gesundheitsbereich, der ein integrativer Bestandteil der Systeme der sozialen Sicherung ist, feststellen.

Im Hinblick auf die Gesundheitssysteme der europäischen Mitgliedstaaten dominieren vor allem zwei Formen der Organisation und Finanzierung.
Auf der einen Seite findet sich der Organisationstypus eines nationalen Gesundheitsdienstes, welcher für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen zuständig ist. Die nationalen Gesundheitsdienste werden vom Staat organisiert und verwaltet und über allgemeine Steuern finanziert. Großbritannien, Irland, Dänemark, Schweden, Finnland und die südeuropäischen Länder Griechenland, Italien, Spanien und Portugal weisen eine solche Struktur im Gesundheitsbereich auf. (vgl. Schaub 2001: 28; Sieveking 2007: 30)
Auf der anderen Seite findet sich der Organisationstypus der sozialen Krankenversicherungen. Dabei fungieren die Krankenkassen als gesetzliche Träger der Gesundheitssicherung und finanzieren sich über Beiträge. Eine solche Struktur des Gesundheitsbereiches findet sich in den Ländern Frankreich, Belgien, Luxemburg, Niederlande, Deutschland, Österreich wieder. (vgl. Schaub 2001: 26; Sieveking 2007: 29)

Auch hinsichtlich der finanziellen Vergütung von Gesundheitsdienstleistungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern dominieren zwei unterschiedliche Prinzipien in den einzelnen Mitgliedsländern. (vgl. Schaub 2001: 30)

Während das Sachleistungsprinzip in den Niederlanden, Deutschland, Österreich und den Ländern mit nationalen Gesundheitsdiensten vorherrscht, findet sich das Kostenerstattungsprinzip in Frankreich, Belgien und Luxemburg wieder.
In Ländern mit Sachleistungsprinzip findet die Behandlung durch den Arzt für den Patienten kostenlos statt. Monetäre Transaktionen finden im Sachleistungsprinzip einerseits zwischen den Krankenkassen und den Patienten bezüglich ihrer Beitragszahlungen statt und andererseits zwischen Krankenkassen und den Ärzten hinsichtlich der Art und Anzahl der von ihnen durchgeführten Behandlungen. Differenzierter läuft dies in Systemen mit nationalen Gesundheitsdiensten ab, wo die Ärzte als Angestellte der staatlichen Gesundheitsbehörden ein fixes Gehalt von diesen erhalten. (vgl. Schaub 2001: 31)
In Ländern mit Kostenerstattungsprinzip zahlt der Patient ein direktes Entgelt an den Arzt für die erbrachte Behandlung. Danach werden dem Patienten nach Einreichung der Arztrechnung bei seinem zuständigen Träger die Kosten zurückerstattet. (vgl. Schaub 2001: 30)

In jedem Mitgliedsland der Europäischen Union ist man der Ansicht, dass es sich beim Gesundheitsbereich um einen sehr sensiblen Bereich handelt, der nicht einfach den Kräften des feien Marktes überlassen werden kann. Denn es geht nicht nur darum, jedem Bürger den gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen zu gewähren, sondern auch gleichzeitig für einen gewissen Umverteilungsmechanismus bei der Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen zu sorgen, welcher nicht über die Mechanismen des Marktes erfolgen kann. (vgl. Schaub 2001: 17)
Der gesundheitspolitische Bereich wird fast ausschließlich vom Staat organisiert und beschränkt sich außerdem auf dessen Territorium.

> *„Das Charakteristikum, das alle europäischen Gesundheitssysteme miteinander verbindet, und andererseits Ursprung vieler Unterschiede zwischen ihnen ist, ist ihre territoriale Begrenzung auf das jeweilige Staatsgebiet des betreffenden Landes.“* (Schaub 2001: 19)

Allgemein kann festgehalten werden, dass die Kompetenzen der Europäischen Union im Sozial- beziehungsweise Gesundheitsbereich beschränkt ausfallen. Denn Artikel 153, Absatz 4 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (Vertrag

von Lissabon) besagt, dass die Regelungshoheit für Gestaltung und Finanzierung der Sozialsysteme und daher auch für das Gesundheitswesen bei den Mitgliedstaaten verbleibt. Davon sind nur Bereiche ausgenommen, welche vom Vertrag ausschließlich unter EU-Rechtssetzungskompetenz fallen, wie im Rahmen der Freizügigkeit der Arbeitnehmer die Koordinierung der einzelnen Sozialsysteme zur Sicherstellung von Ansprüchen und Leistungen. (vgl. Schaub 2001: 40; Schwartmann 2011: 26f.)
Allerdings stellt der Sozialbereich keinen Sonderbereich dar, der gewisse Schutzrechte besitzt, wie es zum Beispiel im Landwirtschaftsbereich der Fall ist. (vgl. Schaub 2001: 39f.; Schwartmann 2011; 72f.)
Obwohl also EU-Recht nicht direkt die Kompetenzen der Mitgliedstaaten bezüglich Organisation und Finanzierung ihrer Sozialsysteme berührt, bedeutet dies umgekehrt allerdings nicht, dass die Mitgliedstaaten bei der Anwendung und Ausübung von Rechtsvorschriften im sozialpolitischen Bereich dem EU-Recht keine Beachtung schenken müssten. Dies trifft vor allem auf die vier Grundfreiheiten der EU zu. (vgl. Schaub 2001: 39; Jorens 2002: 85)

Schon mit dem Vertrag von Maastricht 1993 und nun auch im Vertrag von Lissabon 2009 verankert, formuliert die Europäische Union allgemeine Zielbestimmungen zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus innerhalb der Europäischen Union und ergänzt in diesem Bereich die Politik der Mitgliedstaaten und fördert die Zusammenarbeit zwischen ihnen, ohne jedoch in die Befugnisse der Mitgliedstaaten einzugreifen. (vgl. Schaub 2001: 41; Schwartmann 2011: 78f.)

Bis zum Jahre 1998, in dem die ersten Urteile des EuGH ergingen, auf die im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird, basierte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union ausschließlich auf der Grundlage der Verordnung 1408/71 vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. (vgl. VO (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme sozialer Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, ABl 1971 L 149, 2)
Die Koordinierung der Sozialschutzsysteme über Grenzen hinweg und damit die Sicherung von sozialen Leistungsansprüchen, vor allem für Arbeiternehmer, wurde

durch den Grundsatz des freien Personenverkehrs innerhalb der Europäischen Gemeinschaft notwendig. Dabei kam es zu einem ersten Abweichen vom Territorialitätsprinzip innerhalb des Sozialbereiches und vor allem innerhalb des Gesundheitsbereiches.

> *„Die Verordnung umfasst alle Rechtsvorschriften über Zweige der sozialen Sicherheit, die Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft, bei Invalidität, bei Alter, an Hinterbliebene, bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, bei Arbeitslosigkeit sowie Familienleistungen und Sterbegeld betreffen."* (Europa, Das Portal der Europäischen Union 2008)

Das Recht zur Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsgütern oder Gesundheitsdienstleistungen durch Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen beschränkt die Verordnung dabei auf folgende Fälle:

> *„[…] (1) die Notwendigkeit einer unverzüglichen Behandlung während eines Auslandsaufenthaltes, (2) die vorherige Genehmigung des ständigen Trägers im Falle eines Wohnortwechsels sowie (3) im Falle einer gewünschten Auslandsbehandlung."* (Schaub 2001: 48)

Die Genehmigung darf dann nicht versagt werden, wenn die Behandlung im Heimatland nicht innerhalb einer angemessenen Zeit durchgeführt werden kann. Wird die Genehmigung erteilt (Ausstellung des Formblattes E112), so erfolgt die Leistungserbringung im Mitgliedsstaat, der für die Behandlung gewählt wurde, nach dem Sachleistungsprinzip. Der Patient selbst muss keine Kosten leisten, sondern diese werden direkt zwischen den nationalen Krankenkassen beziehungsweise nationalen Gesundheitsbehörden verrechnet. (vgl. Schaub 2001: 48; Jorens 2002: 89ff.)
Kurz gesagt konnten außer in medizinischen Notfällen grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen nur mit einer vorherigen Genehmigung des zuständigen Trägers in Anspruch genommen werden und die Rechte der Patienten waren noch ziemlich unterentwickelt. Denn die Entscheidung für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedsstaat lag noch immer in den Händen der nationalen Behörden und nicht in jener der Patienten. (vgl. Jorens 2002: 91f.; Martinsen 2005b: 1037)

Schließlich wurde 2004 die Verordnung 1408/71 durch die Verordnung 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates der Europäischen Union vom 29.04.2001 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit ersetzt. (vgl. VO (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Abl 2004 L 166, 1) Die neue Verordnung gilt nun bei gleichbleibendem Anwendungsbereich für alle Unionsbürger. Den Unionsbürgern stehen also auch in Mitgliedstaaten, in denen sie sich vorübergehend aufhalten, dieselben Rechte und Pflichten zu wie den jeweiligen Staatsangehörigen.

Ebenso wurde im Jahr 2004 die Europäische Krankenversicherungskarte eingeführt, die jedem EU-Bürger zusteht. Diese kann bei der zuständigen nationalen Krankenkasse oder nationalen Gesundheitsbehörde beantragt werden. Im Fall einer medizinisch notwendigen Behandlung während eines Aufenthaltes in einem anderen EU-Mitgliedsland weist die Europäische Krankenversicherungskasse die Versicherungseigenschaften des Patienten auf und berechtigt ihn Behandlungen nach dem Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen zu dürfen. Damit ersetzt die Karte frühere Formulare im Rahmen der Verordnung 1408/71 (wie das Formblatt E111), welche dieselben Rechte garantierten. Allerdings wird durch die Europäische Krankenversicherungskarte nicht das Vorabgenehmigungsverfahren für geplante Behandlungen im Ausland außer Kraft gesetzt. (vgl. Martinsen 2005b: 1049; Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration 2012)

4.1 Die Rechtssprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Der Europäische Gerichtshof nahm eine führende Rolle bei der Etablierung einer europäischen Gesundheitsdimension ein. Er brachte die Entwicklung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Gang und erweiterte auch sukzessive die Rechte der Europäischen Bürger für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Behandlungen. (vgl. Martinsen 2005b: 1035; Greer 2008: 221f.) Seiner Rolle als Motor weiterführender europäischer Integrationstendenzen kommt der EuGH im Rahmen von Vorabentscheidungsverfahren nach. Nationale Gerichte können dem EuGH bei Fragen zur Auslegung und Anwendung von EU-Recht anrufen, falls dies für ihre Entscheidungen im nationalen Gerichtsverfahren von Bedeutung ist. Der EuGH schickt seine Entscheidung im Rahmen eines Urteils wieder an die nationalen Gerichte zurück, wodurch diese dann das EU-Recht nach Auslegung des EuGH anwenden müssen. (vgl. Schaub 2001: 38) *„[…] [D]ie Subsumtion des konkreten Falles unter die Obersätze des mitgliedstaatlichen und des europäischen Rechts […]“* (Schaub 2001: 38) bleibt jedoch den Mitgliedstaaten überlassen.

Die Regulierung von grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlungen stellt also nicht das Ergebnis rationaler Politikentscheidungen dar, sondern geht zurück auf den Europäischen Gerichtshof im Rahmen seiner Tätigkeit der Auslegung und Anwendung von EU-Recht. (vgl. Martinsen 2005b: 1035f.)

Vor allem ab Ende der 1990er Jahre wurden dem EuGH eine ganze Kette von Fällen, und damit verbunden Fragen zur Vorabentscheidung hinsichtlich der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen vorgelegt. Mit seinen Entscheidungen in diesen Fällen legte der EuGH nicht nur die Anwendung der elementaren Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs im Gesundheitsbereich fest, sondern brach damit auch das Territorialitätsprinzip dieses Bereiches auf. Damit wurde auch die Meinung vieler Mitgliedstaaten, dass grenzüberschreitende Gesundheitsbehandlungen ausschließlich über die Verordnung 1408/71, wie oben erwähnt, geregelt werden, widerlegt. (vgl. Sieveking 2007: 31f.)

Im Folgenden soll nun genauer auf die einzelnen Fälle und Urteile des EuGH eingegangen werden, wobei nicht nur der Ausgangsrechtsstreit, um den es jeweils im nationalen Verfahren ging, kurz erläutert werden soll, sondern vor allem die Entscheidungen des EuGH dazu dargelegt werden sollen.

Im Jahr 1998 erließ der EuGH die ersten beiden Urteile zu zwei Fällen, welche unter den Namen Kohll und Decker bekannt geworden sind und den Beginn dieser Fallkette darstellen.
Im Fall Kohll ging es im Ausgangsverfahren um einen Rechtsstreit zwischen Herrn Raymond Kohll, einem luxemburgischen Staatsangehörigen und seiner zuständigen luxemburgischen Krankenkasse. Dabei stellte ein Arzt in Luxemburg den Antrag auf Genehmigung einer Zahnregulierung für die minderjährige Tochter von Raymond Kohll bei einem in Deutschland ansässigen Zahnarzt, welcher jedoch von der zuständigen luxemburgischen Krankenkasse verweigert wurde. Die Ablehnung wurde mit der Begründung verweigert, dass einerseits die Behandlung keine Dringlichkeit aufweise und andererseits auch in Luxemburg angeboten werden könne. (vgl. EuGH, Urt. v. 28.04.1998, C-158/96 Raymond Kohll gegen Union des caisses de maladie, Slg. 1998, I-1931, Rn. 1-3)
Der EuGH hielt in seinem Urteil vom 28.04.1998 dazu folgendes fest:
Eine nationale Regelung wie im vorliegenden Fall, welche für die Kostenerstattung einer ambulanten Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsland eine vorherige Genehmigung des zuständigen Versicherungsträgers voraussetzt, verstößt gegen die Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs und stellt eine nicht gerechtfertigte Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs sowohl für Leistungserbringer, als auch für Leistungsempfänger dar. Damit legte der EuGH unmissverständlich fest, dass ebenso Dienstleistungen mit bestimmten Besonderheiten, wie im Gesundheitsbereich, unter die elementaren Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs fallen und keine Ausnahmen darstellen. (vgl. EuGH, Urt. v. 28.04.1998, C-158/96 Raymond Kohll, Slg. 1998, I-1931, Rn. 54)

Im zweiten Fall ging es im Ausgangsverfahren um einen Rechtsstreit zwischen Herrn Nicolas Decker, ebenfalls luxemburgischer Staatsbürger und seiner zuständigen luxemburgischen Krankenkasse. Ausgangslage des Rechtsstreits bildete ein Antrag auf Kostenerstattung für eine Brille mit Korrekturgläsern. Herr Decker hatte die Brille in

Belgien mit der Verschreibung eines in Luxemburg niedergelassenen Arztes gekauft. Die zuständige Krankenkasse lehnte den Antrag auf Kostenerstattung ab, da keine vorherige Genehmigung eingeholt wurde. (vgl. EuGH, Urt. v. 28.04.1998, C-120/95 Nicolas Decker gegen Caisse de maladie des employés privés, Slg. 1998, I-1831, Rn. 1-3)
Auch in diesem Verfahren legte der EuGH mit Urteil vom 28.04.1998 fest, dass eine Regelung, welche für den Erwerb eines medizinischen Produkts in einem anderen Mitgliedstaat eine vorherige Genehmigung des zuständigen Versicherungsträgers erfordert, gegen den freien Warenverkehr verstößt. (vgl. EuGH, Urt. v. 28.04.1998, C-120/95 Nicolas Decker, Slg. 1998, I-1831, Rn. 46)

Die beiden Urteile des EuGH erregten große Aufmerksamkeit, nicht nur in den einzelnen Mitgliedstaaten, sondern auch in den Medien und unter Wissenschaftlern. Allein neun Mitgliedstaaten brachten ihre Meinungen und Stellungnahmen im Laufe des Entscheidungsverfahrens des Europäischen Gerichtshofes ein. Sie betonten vor allem zwei Aspekte. Zum einen argumentierten sie, dass die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehr keine Anwendung auf den Bereich der sozialen Sicherheit haben, da erstens Gesundheitsdienstleistungen keine wirtschaftlichen Dienstleistungen, wie sie in den Verträgen definiert wurden, darstellen und zweitens der Gesundheitsbereich generelle einen besonderen Bereich darstelle. Zum anderen beharrten die Mitgliedstaaten auf dem Prinzip der vorherigen Genehmigung, um das finanzielle Gleichgewicht und die Qualität der Gesundheitsleistungen aufrecht erhalten zu können und eine ausgewogene medizinische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich garantieren zu können. (vgl. Martinsen 2005b: 1039f.; Obermaier 2008a: 7)
Außerdem sahen die Mitgliedstaaten generell eine Einmischung in ihr Recht im Bezug auf Ausgestaltung und Finanzierung der Sozialsysteme. Der EuGH betonte jedoch in seinen beiden Urteilen, dass das Grundprinzip der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung und Finanzierung ihrer Sozialsysteme durch die Rechtssprechung unangetastet bleibt, die Mitgliedstaaten aber bei der Anwendung ihrer Befugnisse trotzdem EU-Recht zu beachten haben. (vgl. Martinsen 2005b: 1040; Obermaier 2008a: 7)

Wissenschaftler sahen aufgrund der beiden Urteile vor allem ausschlaggebende Auswirkungen auf die Sozialsysteme zukommen. (vgl. Obermaier 2008a: 8)

Die beiden Urteile ließen jedoch auch noch viele Fragen, die sich in der Zwischenzeit gebildet haben, offen. So blieb zunächst noch unklar, ob die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf alle Sozialsysteme der Mitgliedstaaten Anwendung finden, also auch auf solche, die dem Sachleistungsprinzip folgen, da die beiden Fälle speziell Luxemburg, ein Land mit Kostenerstattungsprinzip, betraf.
Außerdem stand die Frage im Raum, ob auch im Krankenhaussektor die Grundfreiheiten gültig sind. (vgl. Martinsen 2005b: 1040)
Zur Klärung dieser Fragen standen jedoch bereits zwei neue Fälle bereit, welche beide am 12.07.2001 entschieden wurden.

Im ersten Fall standen sich Herr Abdon Vanbraekel und seine sechs Kinder als Erben von Frau Descamps, eine belgische Staatsbürgerin und ihre zuständige belgische Krankenversicherung als Rechtsparteien gegenüber. Im Ausgangsverfahren ging es darum, dass Frau Descamps bei ihrem zuständigen Versicherungsträger einen Antrag auf Kostenübernahme für einen orthopädisch-chirurgischen Eingriff in Frankreich stellte. Die Genehmigung wurde Frau Descamps mit der Begründung verweigert, dass sie kein Gutachten eines Arztes von einer inländischen Hochschule, beigelegt habe. Trotzdem unterzog sich Frau Descapms diesem Eingriff in Frankreich und forderte dann mittels Klage die Kostenerstattung durch ihren zuständigen Versicherungsträger ein, wobei sich die Behandlungskosten in Frankreich insgesamt niedriger beliefen als für eine vergleichsweise Behandlung in Belgien. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-368/98 Abdon Vanbraekel u.a. gegen Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), Slg. 2001, I-5363, Rn. 11-19)
Im Laufe des Verfahrens stellte ein unabhängiger Sachverständiger fest, dass zur Wiedererlangung von Frau Descamps Gesundheit ein Krankenhausaufenthalt im Ausland, welcher unter besseren medizinischen Bedingungen durchgeführt werden konnte, notwendig war. Frau Descamps verstarb noch während des Verfahrens, sodass ihr Ehemann Herr Abdon Vanbraekel und ihre sechs Kinder das Verfahren weiterführten. Im Laufe dessen kam ein nationales Gericht mittlerweile zu der Entscheidung, dass Frau Descamps zuständige Krankenversicherung die entstandenen Kosten zu übernehmen habe. Da sich das Gericht jedoch nicht darüber einig war, in welcher Höhe die Übernahme der Kosten zu erfolgen habe, legte sie dem EuGH das Verfahren zur Vorabentscheidung vor. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C- 368/98 Abdon Vanbraekel, Slg. 2001, I-5363, Rn. 11-19)

Der Europäische Gerichtshof entschied in seinem Urteil, dass einem Sozialversicherten, dem zunächst die Genehmigung für eine Auslandsbehandlung vom zuständigen Versicherungsträger verweigert wurde, diese ihm jedoch später zugestanden wurde, Anspruch hat auf Erstattung der entstandenen Kosten und zwar in der Höhe, wie sie dem Sozialversicherten zugestanden wäre, wenn ihm die Genehmigung von Anfang an erteilt worden wäre. Außerdem wird das Recht auf Kostenerstattung bis zum höheren Niveau des Versicherungsstaates genehmigt, richtet sich also nach der Höhe der Erstattungssätze im Versicherungsstaat. Im Fall von Frau Descamps steht ihren Erben eine ergänzende Erstattung des Differenzbetrages durch die belgische Krankenversicherung zu. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-368/98 Abdon Vanbraekel, Slg. 2001, I-5363, Rn. 34, 53)

Die Fälle Geraets-Smits und Peerbooms wurden vom EuGH gemeinsam entschieden.
Im ersten Ausgangsverfahren standen sich als Rechtsparteien Frau Smits, verheiratete Geraets, eine niederländische Staatsbürgerin und ihre zuständige niederländische Krankenversicherung gegenüber. Frau Smits, welche an Parkinson litt, beantragte für eine bereits durchgeführte Behandlung mit spezielleren Methoden in einer deutschen Klinik bei ihrer Krankenkasse die Erstattung der dort angefallenen Kosten. Dieser Antrag wurde jedoch seitens der niederländischen Krankenkasse abgelehnt, da sich Frau Geraets-Smits auch einer angemessenen Behandlung in den Niederlanden unterziehen könne und außerdem die Notwendigkeit für eine Behandlung in Deutschland nicht gesehen werde. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets gegen Stichting Ziekenfonds VGZ und H.T.M. Peerbooms gegen Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, Slg. 2001, I-5473, Rn. 25-30)

Im zweiten Ausgangsverfahren stellten Herr Peerbooms, ebenfalls niederländischer Staatsbürger und seine zuständige niederländische Krankenkasse die beiden Rechtsparteien. Herr Peerbooms beantragte die Erstattung für entstandene Behandlungskosten in der Universitätsklinik Innsbruck. Dorthin wurde er aus den Niederlanden verlegt, nachdem er ins Koma gefallen war. In Innsbruck wurde Herr Peerbooms mit einer speziellen und intensiven Neurostimulationstherapie behandelt, welche in den Niederlanden zum einen nur auf Versuchsbasis angewandt wird und zum anderen nur bei Patienten bis zu 25 Jahren. Herrn Peerbooms, welcher zum Zeitpunkt des Geschehens schon weit über 25 Jahre alt war, wäre diese Therapie in den

Niederlanden nicht mehr zugestanden. Seine zuständige Krankenkasse lehnte den Antrag auf Kostenerstattung ab, da Herrn Peerbooms eine adäquate Behandlung auch in einer Einrichtung in den Niederlanden, mit der die Krankenkasse eine vertragliche Vereinbarung geschlossen hat, hätte angeboten werden können. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 31-39)
In beiden Verfahren handelte es sich um Behandlungen, die vom niederländischen Sozialversicherungssystem nicht als normale Behandlungen angesehen beziehungsweise als nicht in „ärztlichen Kreisen" üblich betrachtet wurden und daher auch nicht im Leistungskatalog der Sozialversicherung vorkamen. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 40)

Der Europäische Gerichtshof betonte hier in seinem Urteil, dass auch Krankenhausdienstleistungen unter den freien Dienstleistungsverkehr fallen. *„Nach ständiger Rechtssprechung werden die medizinischen Tätigkeiten von Artikel 60 des Vertrages erfasst, ohne dass danach zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung in einer Krankenanstalt oder außerhalb davon erbracht wird […]"* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 53).
Von dieser Festlegung sind nach Rechtssprechung des EuGH auch die Gesundheitssysteme, die dem Sachleistungsprinzip folgen, nicht ausgeschlossen. So waren nun auch die Länder mit Sachleistungsprinzip von der Rechtssprechung unmittelbar betroffen. *„Denn Artikel 60 des Vertrages verlangt nicht, dass die Dienstleistung von demjenigen bezahlt wird, dem sie zugute kommt […]"* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 57). Die Zahlung der Krankenkasse an das Krankenhaus nach festgelegten vertraglichen Vereinbarungen kann in diesem Fall als wirtschaftliche Gegenleistung angesehen werden, auch wenn es sich dabei um Pauschalsätze handelt (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 58).

Generell sieht der Gerichtshof in der Regelung einer vorherigen Genehmigung, wie auch schon aus früheren Urteilen hervorgeht, eine Behinderung des freien

Dienstleistungsverkehrs. Allerdings geht der EuGH im Krankenhaussektor auf die Bedenken der Mitgliedstaaten bezüglich Planbar- und Finanzierbarkeit ein So soll nicht nur der Gesamtbevölkerung ein ausreichendes medizinisches Angebot zur Verfügung gestellt werden, auch die Kosten müssen genau geplant und unter Kontrolle behalten werden. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 76-79)

> *„Unter diesem doppelten Blickwinkel erweist sich das Erfordernis, die Kostenübernahme für in einem anderen Mitgliedstaat gewährte Krankenhausversorgung durch das nationale System der sozialen Sicherheit einer vorherigen Genehmigung zu unterwerfen, als sowohl notwendig als auch angemessen."* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 80)

Der EuGH bestimmt allerdings auch, dass das System einer vorherigen Genehmigung für eine nachträgliche Kostenerstattung, und somit eine Einschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs im stationären Sektor nur durch drei Gründe gerechtfertigt erscheint:

1) Wenn *„[...] eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit [...]"* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 72) besteht.
2) Für *„[...] das Ziel, eine ausgewogene, allen zugängliche ärztliche und klinische Versorgung aufrechtzuerhalten [...]"* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 73).
3) Für *„[...] die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland [...]"* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M. Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 74).

Nach Ansicht des Europäischen Gerichtshofes müssen die Voraussetzungen für die Erteilung einer vorherigen Genehmigung anhand der oben genannten Gründe nicht nur gerechtfertigt sein sondern auch dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit entsprechen (vgl.

EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 82).

Das System einer vorherigen Genehmigung selbst muss objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien folgen, welche bereits im Voraus bekannt sein müssen. Ebenso soll bei Ablehnung der Genehmigung Einspruch im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens möglich sein. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 90)

Die Genehmigung selbst darf nur insoweit abgelehnt werden, *„[...] wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse geschlossen hat, der der Versicherte angehört“* (EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 108).
Zusätzlich legte der EuGH fest, dass Entscheidungen, welche Behandlungen als normale Behandlungen beziehungsweise als in „ärztlichen Kreisen übliche“ Behandlungen anzusehen sind, in Anbetracht internationaler medizinischer Standpunkte zu beurteilen sind und nicht nach den eigenen, nationalen, medizinischen Standpunkten, da sonst nationale Leistungserbringer vorrangig in Anspruch genommen werden. Die Genehmigung für eine Behandlung darf also nicht abgelehnt werden, wenn diese in der internationalen Medizin bereits anerkannt und ausreichend erprobt wurde. (vgl. EuGH, Urt. v. 12.07.2001, C-157/99 B.S.M Smits, verheiratete Geraets/ H.T.M. Peerbooms, Slg. 2001, I-5473, Rn. 108)

Auch zu diesen Fällen blieben Stellungnahmen und Kommentare der Mitgliedstaaten nicht aus. Allgemein begann jedoch die einheitliche Ablehnungsfront der Mitgliedstaaten zu zerbröckeln. Während Österreich, Frankreich und Belgien bereits zustimmten, dass auch Gesundheitsdienstleistungen wirtschaftliche Dienstleistungen darstellen, beharrten die anderen Mitgliedstaaten auf ihrem Standpunkt und stimmten dem nicht zu. Einigkeit herrschte jedoch in dem Punkt, dass Vorabgenehmigungen generell gerechtfertigt erscheinen. (vgl. Martinsen 2005b: 1041f.; Obermeier 2008a: 9)

Mit der Rechtssprechung des EuGH in diesen Fällen wurde zwar den Mitgliedstaaten weiterhin das Recht zugestanden den Strom von Gesundheitsdienstleistungen im stationären Sektor mittels einer vorherigen Genehmigung zu kontrollieren, schränkte aber dennoch den Handlungsspielraum nationaler Behörden erheblich ein. (vgl. Martinsen 2005b: 1042)

Die nächsten beiden Fälle wurden vom EuGH gemeinsam mit Urteil vom 13. Mai 2003 entschieden.
In diesen Verfahren standen sich einerseits Frau V.G. Müller-Fauré, eine niederländische Staatsbürgerin und ihre zuständige niederländische Krankenkasse und andererseits Frau E.E.M. van Riet, ebenfalls niederländische Staatsbürgerin und ihre niederländische Krankenkasse gegenüber. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré gegen Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA und E.E.M. van Riet gegen Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen, Slg. 2003, I-4509)

Im ersten Verfahren beantragte Frau Müller-Fauré bei ihrer zuständigen Krankenkasse eine Erstattung der Kosten, die ihr aufgrund einer ambulanten Zahnbehandlung in Deutschland entstanden sind. Die Krankenkasse lehnte dies mit der Begründung ab, dass die bei ihnen versicherten Personen nur Anspruch auf die Behandlung haben, nicht jedoch eine Kostenerstattung für die Behandlung einfordern können. Letztere kann nur in Ausnamefällen erwirkt werden, der im vorliegenden Fall aufgrund des Umfangs und der Dauer der Behandlung (mehrere Wochen) nicht vorliegt. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 22-24)

Im zweiten Verfahren ersuchte Frau van Riets Hausarzt bei ihrer zuständigen Krankenkasse um Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in Belgien, da Frau van Riet seit einigen Jahren über Schmerzen im Handgelenk klagte. Die Behandlung in Belgien könnte schon viel früher durchgeführt werden als in den Niederlanden. Diese Genehmigung auszustellen, verweigerte jedoch ihre zuständige Krankenkasse mit der Begründung, dass sich Frau van Riet ebenso in einem Krankenhaus in den Niederlanden behandeln lassen könne. Trotzdem unterzog sich Frau van Riet dieser

Krankenhausbehandlung in Belgien und forderte danach die Kosten mittels Klage von ihrer Krankenkasse ein. Letztere weigerte sich jedoch eine Kostenerstattung zu leisten und argumentierte, dass Frau van Riet die Behandlung in Belgien weder dringend noch aus medizinisch notwendigen Gründen gebraucht hätte. Außerdem hätte eine adäquate Behandlung für Frau van Riet innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens auch in den Niederlanden angeboten werden können. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 25-26)
In seinem Urteil zu diesen Fällen nahm der EuGH nochmals Stellung zu bereits früher festgelegten Entscheidungen. So wies er nochmals daraufhin, dass ein System vorheriger Genehmigung im stationären Bereich durchaus gerechtfertigt im Bezug auf Planbarkeit und Finanzierbarkeit scheint. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 76-81)
Bezugnehmend auf die Fälle Geraets-Smits und Peerbooms legt der Gerichtshof noch einmal fest, welche Gegebenheiten beim Prüfen einer vorhandenen rechtzeitigen und adäquaten Behandlung für den Patienten innerhalb einer Einrichtung im Heimatland, wo Vertragsvereinbarungen mit der Krankenkasse bestehen, berücksichtigt werden müssen. So müssen die nationalen Behörden beim Prüfen einer vorhandenen rechtzeitigen Behandlung alle Umstände des konkreten, vorliegenden Falles miteinbeziehen. Dies bedeutet, nicht nur auf den Gesundheitszustand des Patienten und damit auf seine Schmerzen beziehungsweise Art der Behinderung bei Antragstellung zu achten, sondern auch auf seine Vorgeschichte näher einzugehen. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 90)

Für den ambulanten Sektor wies der EuGH darauf hin, dass hier das System vorheriger Genehmigung nicht gerechtfertigt ist und auch die Rechtfertigungsgründe, auf die bereits eingegangen wurde, keine Anwendung finden, um den freien Dienstleistungsverkehr zu beschränken. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 62-63)
Zusätzlich weitet der EuGH die Grundsätze im ambulanten Sektor nun auch auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten aus, die dem Sachleistungsprinzip folgen *„[...] in dessen Rahmen die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos erfolgt“* (EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 109).

Daraus folgt, dass Mitgliedstaaten mit Sachleistungssystemen zusätzlich das Prinzip einer nachträglichen Kostenerstattung einführen müssen, wie es bereits durch die Anwendung der Verordnung 1408/71 notwendig war. Dabei können Erstattungsbeiträge festgesetzt werden, die allerdings objektiven, transparenten und nicht diskriminierenden Kriterien folgen müssen. Im Allgemeinen werden jedoch nur solche Kosten erstattet, die aufgrund einer Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat entstanden sind, welche auch im inländischen Leistungskatalog der Sozialversicherung enthalten sind. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003, C-385/99 V.G. Müller-Fauré/ E.E.M. van Riet, Slg. 2003, I-4509, Rn. 105-107)

Obwohl auch zu diesen Fällen Statements abgegeben wurden, zerfiel die ablehnende Haltung immer mehr und es wurde nun zunehmend von den Mitgliedstaaten eingelenkt und eingesehen, dass die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auch Anwendung im Gesundheitsbereich finden. Ein weiterer Punkt der dazu führte, dass die Skepsis der Mitgliedstaaten zusätzlich abgebaut wurde, war die Bekräftigung des EuGH, dass unter bestimmten Kriterien das System der Vorabgenehmigung im Krankenhaussektor weiterhin aufrecht erhalten werden kann. (vgl. Martinsen 2005b: Obermaier 2008a: 10)

In den noch folgenden Urteilen werden zwar die Grundsätze der Rechtssprechung noch auf weitere Mitgliedstaaten ausgeweitet, aber die Leitlinien der Rechtssprechung nicht mehr verändert. (vgl. Obermaier 2008a: 10)

Im Fall Patricia Inizan, einer französischen Staatsbürgerin, welcher die Kostenübernahme für eine Schmerzbehandlung in Deutschland durch ihre zuständige französische Krankenversicherung verweigert wurde, wiederholte der EuGH in seinem Urteil vom 23.10.2003 die Entscheidungen, die er bereits im Fall Geraets-Smits und Peerbooms festgehalten hat. Wenn die Behandlung im Heimatland nicht rechtzeitig durchgeführt werden kann, dann darf die Genehmigung für eine Behandlung im Ausland nicht verweigert werden. (vgl. EuGH, Urt. v. 23.10.2003, C-56/01 Patricia Inizan gegen Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, Slg. 2003, I-12403)

Im Fall Ludwig Leichtle, mit Urteil vom 18.03.2004, ging es im Ausgangsverfahren um einen Rechtsstreit zwischen Herrn Ludwig Leichtle, einem deutschen Staatsbürger und der Bundesanstalt für Arbeit. Herr Leichtle, der als Beamter bei der Bundesanstalt für Arbeit tätig ist, stellte einen Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Heilkur, die er in Italien in Anspruch nehmen wollte. Die Bundesanstalt für Arbeit weigerte sich jedoch die Kosten dafür zu übernehmen, da Herr Leichtle kein ärztliches Gutachten über die besseren Erfolgschancen einer Heilkur im Ausland vorgelegt habe, wie es die allgemeinen Verwaltungsvorschriften in so einem Fall vorsehen Der Personalarzt der Bundesanstalt für Arbeit kam nach Durchsicht der ärztlichen Unterlagen zu dem Schluss, dass die Heilkur in Italien keine besseren Erfolge erzielen könnte als eine Heilkur in Deutschland. Dagegen reichte Herr Leichtle Klage ein und nahm anschließend die Kur in Italien in Anspruch, ohne den Ausgang des gerichtlichen Verfahrens abzuwarten. (vgl. EuGH, Urt. v. 18.03.2004, C-08/02 Ludwig Leichtle gegen Bundesanstalt für Arbeit, Slg. 2004, I-2641, Rn. 8-20)

Der EuGH kam in diesem Fall zu dem Schluss, dass auch Kuraufenthalte unter die Bestimmungen des freien Dienstleistungsverkehrs fallen. Somit darf die Übernahme der Kosten von Kuraufenthalten und damit verbundenen indirekten Aufwendungen, wie Unterkunft, Verpflegung, Fahrtkosten und Kurtaxe, als auch ärztliche Schlussberichte nicht von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werden, da sonst den Grundsätzen des freien Dienstleistungsverkehrs widersprochen werden würde. (vgl. EuGH, Urt. v. 18.03.2004, C-08/02 Ludwig Leichtle, Slg. 2004, I-2641, Rn. 51)
Des Weiteren legt der Gerichtshof in diesem Urteil fest, dass nationale Regelugen unzulässig sind, die die Kostenerstattung für Aufwendungen von Heilkuren davon abhängig machen, dass vom Patienten vor Kurantritt der Ausgang des gerichtlichen Verfahrens abgewartet werden muss. (vgl. EuGH, Urt. v. 18.03.2004, C-08/02 Ludwig Leichtle, Slg. 2004, I-2641, Rn. 59)

Im Fall Yvonne Watts, mit Urteil vom 16.05.2006 stellten die beiden Rechtsparteien im Ausgangsverfahren Frau Frau Yvonne Watts, eine britische Staatsbürgerin auf der einen Seite und ihr zuständiger regionaler Gesundheitsdienst auf der anderen Seite. Frau Watt beantragte die Genehmigung für die Ausstellung des Formblattes E112, um sich im Ausland einem operativen Eingriff gegen ihre Hüftarthritis unterziehen zu können.

Daher musste sich Frau Watt einer Untersuchung durch einen britischen Facharzt unterziehen. Dieser stufte Frau Watts als „Routinefall“ ein, wodurch Frau Watts mit einer Wartezeit für eine Operation in einem regionalen Krankenhaus von bis zu einem Jahr rechnen müsste. Der regionale Gesundheitsdienst lehnte den Antrag auf Genehmigung der Ausstellung des Formblattes E112 ab, da die genannte Wartezeit den Zielvorgaben der Regierung für die Gesundheitsversorgung entspreche und damit eine Behandlung „rechtzeitig“ durchgeführt werden könne. Dagegen erhob Frau Watt Anfechtungsklage und wurde abermals von demselben britischen Facharzt untersucht. Dieser sah nun nur noch eine Wartezeit von drei bis vier Monaten aufgrund ihres schlechter werdenden Gesundheitszustandes vor. Trotzdem wurde ihr erneut die Ausstellung der Genehmigung verweigert, wobei dieselben Gründe vorgebracht wurden. Frau Watts begab sich trotz der Ablehnung nach Frankreich und unterzog sich dem operativen Eingriff. Die Kosten dafür beglich sie selbst. Im bereits laufenden Anfechtungsverfahren beantragte sie nun außerdem die Erstattung der ihr angefallenen Kosten. (vgl. EuGH, Urt. v. 16.05.2006, C-372/04 The Queen, auf Antrag von Yvonne Watts gegen Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health, Slg. 2006, I-4325, Rn. 24-41)

Mit seinem Urteil in diesem Fall erweiterte der EuGH die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr nun auch auf diejenigen Mitgliedstaaten, welche ihr Gesundheitssystem über einen nationalen Gesundheitsdienst organisieren. Somit gelten die Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs im Gesundheitsbereich für alle Mitgliedstaaten, egal welchem Organisationsprinzip sie folgen. (vgl. EuGH, Urt. v. 16.05.2006, C-372/04 Yvonne Watts, Slg. 2006, I-4325, Rn. 89-90)

Wie der EuGH bereits in früheren Urteilen schon festgelegt hat, steht die Regelung einer vorherigen Genehmigung im stationären Bereich nicht gleich den Grundsätzen des freien Dienstleistungsverkehrs entgegen. (vgl. EuGH, Urt. v. 16.05.2006, C-372/04 Yvonne Watts, Slg. 2006, I-4325, Rn. 113)
Für Länder mit Systemen von Wartelisten, wie im vorliegenden britischen Fall, hielt der EuGH allerdings noch folgendes fest:

> *„Die Versagung einer vorherigen Genehmigung darf nicht auf die bloße Existenz von Wartelisten gestützt werden, die dazu dienen, das*

Krankenhausangebot nach Maßgabe von vorab allgemein festgelegten klinischen Prioritäten zu planen und zu verwalten, ohne dass eine objektive medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Patienten, seiner Vorgeschichte, der voraussichtlichen Entwicklung der Krankheit, des Ausmaßes seiner Schmerzen und/oder der Art seiner Behinderung zum Zeitpunkt der erstmaligen oder erneuten Beantragung der Genehmigung erfolgt ist." (EuGH, Urt. v. 16.05.2006, C- 372/04 Yvonne Watts, Slg. 2006, I-4325, Rn. 123)

„Wenn sich herausstellt, dass der Zeitraum, der sich aus derartigen Wartelisten ergibt, den zeitlichen Rahmen überschreitet, der unter Berücksichtigung einer objektiven medizinischen Beurteilung der vorstehend genannten Umstände vertretbar ist, kann der zuständige Träger die beantragte Genehmigung nicht unter Berufung auf die Existenz dieser Wartelisten, auf eine angebliche Beeinträchtigung der üblichen Prioritätenfolge nach Maßgabe der jeweiligen Dringlichkeit der zu behandelnden Fälle, […] versagen." (EuGH, Urt. v. 16.05.2006, C- 372/04 Yvonne Watts, Slg. 2006, I-4325, Rn. 123)

Für die Mitgliedsländer mit nationalen Gesundheitssystemen bedeutet dies, dass die verantwortlichen Stellen zusätzlich Grundsätze für eine nachträgliche Kostenerstattung einführen müssten, die aufgrund einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat entstanden sind. (vgl. EuGH, Urt. v. 16.05.2006, C- 372/04 Yvonne Watts, Slg. 2006, I-4325, Rn. 122)

Zu dem Fall Watts gaben hauptsächlich die Mitgliedstaaten mit nationalen Gesundheitsdiensten ihre Stellungnahmen ab. Sie versuchten damit zu argumentieren, dass aufgrund der besonderen Organisationsform ihrer Gesundheitssysteme die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs keine Anwendung finden können und sie deshalb nicht ihre Systeme öffnen müssten. Auch die Mitgliedstaaten mit nationalen Gesundheitsdiensten mussten sich letzen Endes beugen. (vgl. Obermaier 2008a: 11)

Das Urteil des EuGH im Fall Herrera, der letze innerhalb dieser Fallkette, erging am 15.06.2006.

Dabei standen sich im Ausgangsverfahren Herr Manuel Acereda Herrera, ein spanischer Staatsbürger und sein zuständiger regionaler Gesundheitsdienst gegenüber. Herr Herrera wurde aufgrund eines Notfalles in ein Krankenhaus, welches dem regionalen Gesundheitsdienst angehört, eingeliefert. Die bei ihm diagnostizierte Krankheit wurde dort auch behandelt. Da Herr Herrera jedoch der Meinung war, dass die durchgeführte Behandlung nicht ausreichend war, stellte er einen Antrag auf Ausstellung des Formblattes E112. Damit beabsichtige er sich nach Frankreich zu begeben, um sich dort in einem Krankenhaus ordentlich behandeln zu lassen. Das Formblatt wurde ihm mit der Gültigkeit für ein Jahr bewilligt und die entstandenen Krankenhauskosten wurden vom zuständigen regionalen Gesundheitsdienst übernommen. Aufgrund seines schlechten Gesundheitszustandes nahm Herr Herrera auf seine Behandlungsreisen einen Familienangehörigen als Begleitperson mit. Bei seinem zuständigen regionalen Gesundheitsdienst suchte er um Erstattung der ihm entstandenen Reise-, Aufenthalts-, und Verpflegungskosten an, welches jedoch abgelehnt wurde. (vgl. EuGH, Urt. v. 15.06.2006, C-466/04 Manuel Acereda Herrera gegen Servicio Cántabro de Salud, Slg. 2006, I-5341, Rn. 16-22)

Der EuGH hielt in seinem Urteil fest, dass einem Patienten, dem die Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat von seinem zuständigen Träger erteilt worden ist, nicht das Recht auf zusätzliche Erstattung der Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten zusteht. Auch einer möglichen Begleitperson werden diesbezügliche Kosten nicht erstattet. Gedeckt sind nur die Kosten für die eigentliche medizinische Leistung und solche für Unterkunft und Verpflegung des Patienten im Krankenhaus. (vgl. EuGH, Urt. v. 15.06.2006, C-466/04 Manuel Acereda Herrera, Slg. 2006, I-5341, Rn. 39)

Jedoch müssen nationale Regelungen, welche die Übernahme von Nebenkosten, die einem Patienten aufgrund einer Behandlung in einer Einrichtung des nationalen Dienstes entstanden sind, garantieren auch solche Nebenkosten übernehmen, die einem Patienten aufgrund einer genehmigten Auslandsbehandlung entstanden sind. (vgl. EuGH, Urt. v. 15.06.2006, C-466/04 Manuel Acereda Herrera, Slg. 2006, I-5341, Rn. 38)

Übersicht über die vom EuGH aufgestellten Grundsätze und Feststellungen:

EuGH-Urteil	Rechtssprechung
Raymond Kohll vom 28.04.1998	Eine nationale Regelung, welche für eine ambulante Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsland eine vorherige Genehmigung des zuständigen Versicherungsträgers voraussetzt, verstößt gegen die Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs (betraf Länder mit Kostenerstattungsprinzip).
Nicolaus Decker vom 28.04.1998	Eine nationale Regelung, welche für den Kauf eines medizinischen Produkts aus einem anderen EU-Mitgliedsland eine vorherige Genehmigung vorsieht, verstößt gegen die Grundsätze des freien Warenverkehrs (betraf ebenfalls Länder mit Kostenerstattungsprinzip).
Abdon Vanbraekel vom 12.07.2001	Einem Sozialversicherten, dem irrtümlicherweise die Genehmigung für eine Auslandsbehandlung verweigert, später jedoch zugestanden wurde, hat Anspruch auf Erstattung der Kosten in der Höhe, die dem Sozialversicherten bei sofortiger Erteilung der Genehmigung zugestanden wäre. Belaufen sich die Kosten im Behandlungsstaat insgesamt niedriger als im Versicherungsstaat, steht dem Patienten ein Differenzbetrag zu (betraf alle Mitgliedstaaten).
B.S.M. Smits, verheiratete Geraets und H.T.M. Peerbooms vom 12.07.2001	Auch Krankenhausleistungen fallen unter die Grundsätze des freien Dienstleistungsverkehrs (betraf Länder mit Sachleistungsprinzip). Auf der Grundlage bestimmter Rechtfertigungsgründe ist es erlaubt, das System vorheriger Genehmigung im stationären Sektor aufrecht zu erhalten und damit die Dienstleistungsfreiheit zu beschränken.
V.G. Müller-Fauré und E.E.M. van Riet vom 13.05.2003	Auch im ambulanten Sektor in Ländern mit Sachleistungsprinzip gelten die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr, wodurch die Erfordernisse einer vorherigen Genehmigung entfallen. Im ambulanten Sektor sind keine Rechtfertigungsgründe zulässig, um den freien Dienstleistungsverkehr zu beschränken.
Patricia Inizan vom 23.10.2003	Kann die Behandlung im Heimatland nicht rechtzeitig durchgeführt werden, dann darf die Genehmigung für eine Behandlung im Ausland nicht verweigert werden (betraf alle Mitgliedstaaten).
Ludwig Leichtle vom 18.03.2004	Auch Kuraufenthalte fallen unter die Bestimmungen des freien Dienstleistungsverkehrs. Auch hier entfallen die Erfordernisse einer vorherigen Genehmigung (betraf alle Mitgliedstaaten).
Yvonne Watts vom	Die Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr gelten nun

16.05.2006	auch für die Mitgliedstaaten, welche ihr Gesundheitssystem über einen nationalen Gesundheitsdienst organisieren.
Manuel Acereda Herrera vom 15.06.2006	Eine Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat impliziert nicht zusätzlich die Erstattung von Reise-, Aufenthalts- und Verpflegungskosten. Auch Begleitpersonen werden solche Kosten nicht erstattet (betraf alle Mitgliedstaaten).

Tabelle 1: Übersicht über die vom EuGH aufgestellten Grundsätze und Feststellungen

Der Europäische Gerichtshof bewirkte mit seiner Rechtssprechung eine zunehmende Öffnung der nationalstaatlich organisierten Gesundheitssysteme und förderte eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung.

Er legte nicht nur die Grundlagen für einen europäischen Gesundheitsmarkt im ambulanten Sektor, sondern schränkte auch sukzessive die Autonomie nationaler Behörden in Bezug auf die Erteilung von Vorabgenehmigungen im stationären Sektor ein. Definitiv wurden die Rechte der Patienten für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Behandlungen gestärkt. Sie haben nun Alternativmöglichkeiten, wenn sie mit den Angeboten im Heimatland nicht ausreichend zufrieden sein sollten. (vgl. Martinsen 2005b: 1050f.)

Mit all diesen Entwicklungen steht aber auch in Zusammenhang, dass das Territorialitätsprinzip, dem alle Mitgliedstaaten ihre sozialen Sicherungssysteme zugrunde legen, deutlich ins Wanken gekommen und Veränderungen ausgesetzt ist. (vgl. Martinsen 2005b: 1050; Obermaier 2008b: 13)

Auch im Gesundheitsbereich, der lange Zeit von EU-Recht unangetastet blieb, müssen nun seitens der Mitgliedstaaten die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs beachtet und angewandt werden. (vgl. Martinsen 2005b: 1051)

All das bedingt nach Andreas Obermaier, dass der Gesundheitsbereich in den einzelnen Mitgliedstaaten mehr oder weniger internen Umstrukturierungsmaßnahmen ausgesetzt ist, damit den neuen Rahmenbedingungen Rechnung getragen werden kann. (vgl. Obermaier 2008b: 1) Die Frage wird allerdings sein, wie stark dies in den Mitgliedsländern jeweils ausfallen wird.

Waren Ende der 1990er Jahre die Vorbehalte vieler Mitgliedsländer und Politiker gegenüber der Rechtssprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung noch ziemlich stark ausgeprägt, so ist es heute, fast ein Jahrzehnt später, doch für viele zur Normalität geworden, dass die Europäische Union nun auch eine Gesundheitsdimension geschaffen hat und dass der Europäische Bürger mit einer Vielzahl an Rechten bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlungen ausgestattet wurde. (vgl. Martinsen 2005b: 1035f.)

Der Europäische Gerichtshof brachte jedoch nicht nur den Prozess grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in Gang, sondern schuf mit seiner Rechtssprechung auch die Basis für weiter- und tiefergehende Entwicklungen in diesem Bereich. (vgl. Martinsen 2005b: 1047) Denn der EuGH legt zwar EU-Recht aus, ihm stehen aber keine Befugnisse zu, selbst Recht zu setzen. Der Gerichtshof ruft damit die Europäische Kommission auf den Plan, welche dann beginnt Ideen und Vorschläge für ein Rahmenwerk (wie Verordnungen oder Richtlinien) auszuarbeiten, das die Grundsätze der EuGH Rechtssprechung nochmal verdeutlichen soll. (vgl. Martinsen 2005b: 1047) Nach Dorte Sindbjerg-Martinsen ist es also der Europäische Gerichtshof der mit seinen Entscheidungen indirekt die Agenda für neue Regelungskompetenzen der Europäischen Union festlegt. (vgl. Martinsen 2009: 795)

Im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nahm die Kommission bereits im Jahr 2004 die Rechtssprechungsentwicklung des EuGH auf und begann in einen Reflexions- und Entscheidungsfindungsprozess einzutreten. Obwohl der EuGH bereits ausreichend festgelegt hat, unter welchen Bedingungen die Erstattung von Kosten für eine Behandlung, die in einem anderen Mitgliedsland angefallen sind, zu erfolgen haben, blieben dennoch Fragen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten generell offen. (vgl. Martinsen 2005b: 1047)

> *"Healthcare and patient rights within the European Union have shifted from a mere 'side-effect' of the free movement principles to a stated priority with an explicit long-term strategy."* (Martinsen 2005b: 1047)

Dabei kann nach Scott L. Greer dieser Entscheidungsfindungsprozess meist länger dauern, aufgrund einerseits der komplexen Struktur der Europäischen Union und den

extensiven Konsultationsgesprächen zwischen den verschiedenen Akteuren, andererseits aber aufgrund der relativen „Frische“ des Gesundheitsbereichs, wo noch nicht auf viele Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. (vgl. Greer 2008: 223)
In der Tat verging einige Zeit, bis zwischen den einzelnen Akteuren im Entscheidungsfindungsprozess eine Einigung auf eine gemeinsame Richtlinie erzielt werden konnte. So trat am 24.04.2011 die Richtlinie „Über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ des Europäischen Parlamentes und des Rates der Europäischen Union in Kraft. (vgl. Richtlinie 2011/24 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 09.März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl 2011 L 88, 45) In der Richtlinie werden nun die Grundsätze zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, welche vom EuGH in seinen Urteilen festgehalten wurden, verdeutlicht und klar festgehalten. Ebenso werden die Rechte der Patienten bei Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen präzise ausformuliert.

> *„Diese Richtlinie enthält Bestimmungen zur Erleichterung des Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der Gesundheitsversorgung, […]“* (RL 2011/24 EU, ABl 2011 L 88, 53).

<u>Die wichtigsten Bestimmungen der Richtlinie sind:</u>

- Die Richtlinie lässt die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten bezüglich Organisation und Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme unberührt.

- Patienten bekommen die Kosten für eine Behandlung in einem anderen EU-Mitgliedsland von ihrem zuständigen Gesundheitsträger erstattet, wenn sie auch Anspruch auf die Behandlung in ihrem Heimatland haben. Dabei werden die Kosten der Behandlung in der Höhe erstattet, wie sie im Heimatland für die betreffende Behandlung erstattet werden. Zusätzlich können vom Versicherungsstaat, der Staat in dem Versicherungsanspruch besteht, auch damit verbundene Kosten, wie

Reisekosten übernommen werden. Ebenso besteht die Möglichkeit der Anwendung von Direktverrechnungen zwischen den Mitgliedstaaten. Erfolgt dies nicht, so muss sofort das Prinzip der nachträglichen Kostenerstattung zur Anwendung kommen.

- Der Bereich der Langzeitpflege und der Organtransplantation sind von der Richtlinie ausgenommen.

- Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung ausländischer Staatsbürger bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Behandlungen muss von den Mitgliedstaaten beachtet werden.

- Für den Krankenhaussektor, für hochspezialisierte Leistungen und für Leistungen im ambulanten Bereich, die den Einsatz kostenintensiver Infrastruktur bedingt, bleibt es den Mitgliedstaaten überlassen, für die Erstattung der Kosten ein System vorheriger Genehmigung einzuführen, allerdings muss dieses System der Vorabgenehmigung durch bestimmte Gründe, wie schon der EuGH festgehalten hat, gerechtfertigt sein. Ebenso müssen die Informationen, für welche grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen im Zuge der Kostenerstattung eine Vorabgenehmigung erforderlich ist, öffentlich bekannt gegeben werden. Die Vorabgenehmigung darf in solchen Fällen verweigert werden, in denen ein Risiko nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Allgemeinheit bestehen würde. Allerdings darf eine vorherige Genehmigung nicht verweigert werden, wenn dem Patienten im Heimatland nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitrahmens eine angemessene Behandlung angeboten werden kann.

- Eine Vorabgenehmigung darf nicht aufgrund der Existenz von Wartelisten im Heimatland versagt werden.

- Die Mitgliedstaaten erkennen gegenseitig ärztliche Verschreibungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten an, wenn es sich dabei um solche Arzneimittel beziehungsweise Medizinprodukte handelt, die auch im eigenen Mitgliedsland zugelassen sind.

- Das Berechnungsverfahren für die Erstattung der Kosten, auf die ein Patient nach Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsbehandlungen Anspruch hat, muss transparent sein. Seitens des Versicherungsstaates ist anzugeben, in welcher Höhe die Kostenerstattung für die einzelnen Gesundheitsdienstleistungen erfolgen wird.

- Allgemein müssen die Verwaltungsverfahren sowohl für die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlungen als auch für die nachträgliche Kostenerstattung auf objektiven und nichtdiskriminierenden Kriterien beruhen.

- Die Mitgliedstaaten sind dazu angehalten, angemessene Fristen für die Bearbeitung der Anträge auf Auslandsbehandlungen festzulegen und diese zu veröffentlichen. Sowohl der Gesundheitszustand des Patienten, als auch die Dringlichkeit und Besonderheit des jeweiligen Einzelfalles sind bei der Prüfung der Anträge zu beachten.

- Die Richtlinie lässt die Verordnung Nr. 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates der Europäischen Union vom 29.04.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit unberührt.

- Bei jeder Antragstellung eines Patienten für eine Vorabgenehmigung einer grenzüberschreitenden Behandlung müssten die Mitgliedstaaten prüfen, ob die Bedingungen der Verordnung 883/2004 erfüllt sind. Dann muss die Vorabgenehmigung nach dieser Verordnung erteilt werden, außer der Patient will etwas anderes.

- Die Richtlinie sieht die Einrichtung von nationalen Kontaktstellen vor, die den Patienten Informationen, über grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleitungen (vor allem über die Höhe der Kostenerstattungssätze) zur Verfügung stellen sollen.

- Die Richtlinie sieht den Aufbau eines Europäischen Referenznetzwerkes von Gesundheitsdienstleistern vor. Damit soll einerseits das Zusammentragen von

Fachwissen und andererseits dessen Verbreitung erleichtert werden. Auch der Zugang zu hochspezialisierten Leistungen soll damit vereinfacht werden.

- Die Richtlinie sieht den Aufbau eines Netzwerkes für elektronische Gesundheitsdienste vor, um den Austausch von Informationen zu erleichtern. Dabei sollen die nationalen Behörden, welche für den elektronischen Gesundheitsdienst zuständig sind, vernetzt werden. Damit soll auf der einen Seite der Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung geschaffen und auf der anderen Seite die Kontinuität der Behandlung gesichert und gefördert werden.

(vgl. RL 2011/24 EU, ABl 2011 L 88, 45; Europa, Das Portal der Europäischen Union 2011)

Den Mitgliedstaaten wird bis 25. Oktober 2013 Zeit gegeben, die Grundsätze der Richtlinie in innerstaatliches Recht umzusetzen.
Insgesamt kann festgehalten werden, dass heute zwei Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlungen innerhalb der Europäischen Union existieren.
Zum einen besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der EU nach der Verordnung 883/2004. Dies trifft dann zu, wenn zum einen ein medizinischer Notfall während eines Auslandsaufenthaltes vorliegt, oder wenn es sich um eine geplante Behandlung handelt. Letztere erfordert das Einholen einer vorherigen Genehmigung durch den zuständigen Versicherungsträger. In beiden Fällen hat der Patient Anspruch auf Behandlungen nach dem Sachleistungsprinzip und muss daher die Kosten für die Behandlung nicht selbst tragen. Es kommt zu einer Direktverrechnung zwischen den zuständigen nationalen Behörden, wobei der Versicherungsmitgliedsstaat für die ausgegeben Kosten des Behandlungsmitgliedstaates in voller Höhe aufkommt. (vgl. VO (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Abl 2004 L 166, 1)
Zum anderen steht den Patienten nach den in der Richtlinie festgelegten Grundsätzen das Recht zu Gesundheitsbehandlungen im ambulanten Sektor innerhalb des EU-Raumes in Anspruch zu nehmen, ohne dazu eine vorherige Genehmigung des

zuständigen Versicherungsträgers einholen zu müssen. Dieses Recht besteht grundsätzlich auch für den stationären Sektor, jedoch können hier unter gewissen Voraussetzungen die nationalen Behörden auf eine vorherige Genehmigung bestehen. Grundsätzlich gilt, dass der Patient, wenn er sein Recht im Rahmen der Richtlinie in Anspruch nimmt, die Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsbehandlungen zunächst selbst zu tragen hat, diese ihm jedoch danach refundiert werden. Dabei werden die Kosten der Behandlung nach den Erstattungssätzen des Versicherungsstaates erstattet, also nach inländischen Leistungsbeträgen. (vgl. RL 2011/24 EU, ABl 2011 L 88, 45)

5. Die Auswirkungen der EuGH Rechtssprechung auf die Mitgliedsländer Österreich und Schweden

Im folgenden Kapitel soll nun im Konkreten der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen die Rechtssprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung als auch die Richtlinie 2011/24, so weit es schon abzusehen ist, auf die nationalen Gesundheitssysteme Österreich und Schweden hat.
Österreich und Schweden wurden, wie bereits schon in der Einleitung dargelegt worden ist, deswegen gewählt, weil nicht nur ein persönliches Bezugsverhältnis zu diesen beiden Ländern besteht, sondern weil sie auch zwei unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsstrukturen im Gesundheitsbereich aufweisen, wodurch sich möglicherweise verschiedenartige Tendenzen feststellen lassen können.
Um ein ausreichendes Bild über die Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auf die beiden Gesundheitssysteme geben zu können, wurde versucht auf einige Aspekte genauer einzugehen. So wurde beispielsweise versucht festzustellen, inwieweit nicht nur nationale Gesetze, sondern auch interne administrative Strukturen und Verwaltungsabläufe spezifischen Veränderungen unterliegen. Auch Finanzierungsaspekte wurden genauer unter die Lupe genommen. Ebenso wurden grundsätzlich Fragen bezüglich der Steuerbarkeit und Planbarkeit der Gesundheitssysteme aufgrund ihrer territorialen Öffnung nachgegangen.
Anhand von Experteninterviews mit Vertretern aus den jeweilig zuständigen Ministerien, Sozialversicherungsvertretern und Vertretern auf regionaler Ebene wurde versucht der leitenden Frage nachzugehen und eine Entwicklungstendenz in beiden Ländern nachzuzeichnen.

5.1 Österreich

Insgesamt war Österreich durch die Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes nicht davon betroffen nationale Gesetze ändern beziehungsweise anpassen zu müssen, da man bereits EU-Rechtskonform war. Wie bereits angesprochen wurde, steht den

Patienten in Österreich grundsätzlich das Recht zu, zwischen Kassen- und Wahlärzten wählen zu können. Die Inanspruchnahme von Wahlärzten ist jedoch nicht territorial beschränkt, sondern sieht auch solche im EU-Ausland vor. Dadurch, dass dieser Grundsatz schon verankert war, mussten keine Veränderungen vorgenommen werden.

In den letzten Jahren kam es durchaus zu Reformen innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems, welche hauptsächlich auf die Aspekte der Qualitätssicherung und der Verbesserung von Finanzierungsmöglichkeiten abzielten. So kam es beispielsweise 2011 zur Einführung von transparenten Wartelisten. Allerdings wird immer wieder betont, dass all diese Maßnahmen und Reformen in keinem Zusammenhang zu den Urteilen des Europäischen Gerichtshofes stehen, sondern allein aus internen, strukturellen Überlegungen heraus erfolgt sind.

Aufgrund der Möglichkeiten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung ist man generell darauf ausgerichtet, dass es dadurch zu größeren bürokratischen Aufwendungen kommen wird, nicht nur was Verwaltungsaufgaben sondern auch Informationsverpflichtungen betrifft.
Bislang hielten sich die Patientenströme sowohl aus Österreich als auch nach Österreich mit einem Anteil von jeweils 1% bei Exporten und Importen von Gesundheitsdienstleistungen in sehr kleinem Rahmen. Allerdings könnte es durchaus sein, dass sich in Zukunft diese Zahlen nach oben bewegen werden.

Die Finanzierung für grenzüberschreitende Behandlungen erfolgt allgemein bislang aus den Budgets der Krankenversicherungsträger. Die Kostenerstattungsbeträge richten sich nach innerstaatlichen Tarifen.
So folgt die Kostenerstattung bei ausländischen Wahlärzten den gleichen Kriterien wie bei inländischen Wahlärzten. Der zuständige Krankenversicherungsträger erstattet die Kosten in der Höhe von 80%. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass für die Berechnung der Kosten der jeweils gültige Kassentarif für die entsprechende Behandlung als Berechnungsgrundlage dient. Und davon werden 80% der Kosten refundiert. *„Auch für stationäre Behandlungen in ausländischen Wahlkrankenhäusern erhält der Versicherte einen Pflegekostenzuschuss in gleicher Höhe wie bei stationären Behandlungen in inländischen Wahlkrankenhäusern.“* (Baumann 2011: 189) In solchen Fällen wird als Berechnungsgrundlage das sogenannte LKF System,

Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung herangezogen. Dabei handelt es sich um ein ziemlich detailiertes System zur Berechnung der Kosten für Behandlungen im stationären Sektor, welche von vielen verschiedenen Einzelfaktoren abhängig sind. (vgl. Badelt und Österle 2001: 52f.)

Für Patienten besteht außerdem die Möglichkeit geplante stationäre Auslandsbehandlungen nach der Verordnung 883/2004 in Anspruch zu nehmen, wozu er die vorherige Genehmigung des zuständigen Krankenversicherungsträgers braucht. Wie bereits erwähnt, kommt es in diesem Fall zu einer Direktverrechnung zwischen den Mitgliedstaaten.

Schon vor den Urteilen des Gerichtshofes waren die Krankenversicherungsträger ziemlich flexibel hinsichtlich der Inanspruchnahme von Behandlungen und Verrechnung derselben ausgerichtet, sodass in diesem Bereich keine großen Anpassungssprünge seitens der Sozialversicherungsträger gemacht werden mussten.

Bislang war die zeitliche Verfahrensdauer zur Erteilung einer Vorabgenehmigung für Auslandsbehandlungen vom jeweiligen Krankenversicherungsträger und vom Ausmaß der Behandlung selbst abhängig. Hier sieht die Richtlinie nun eine gewisse Mindestzeit, nämlich 15 Tage vor, innerhalb derer die Erteilung einer Genehmigung entschieden werden muss.
Auch die Verfahrensdauer zur Kostenerstattung unterscheidet sich innerhalb der einzelnen Krankenversicherungsträger. Hier sieht die Richtlinie allerdings keine Mindestzeit vor, innerhalb derer die Kostenerstattung zu erfolgen hat.

Wenn die Patientenströme auch in Zukunft sich nur in so kleinen Ausmaßen bewegen werden, dann ist man der Ansicht, dass sich auch hinsichtlich der internen Steuerungsfähigkeit und Planbarkeit des Gesundheitssystems in Österreich nicht viel ändern wird. Sollte es jedoch trotzdem dazu kommen, dass sich die Lage in einigen Jahren ändert wird und die Zahlen grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in die Höhe gehen, dann geht man davon aus, sich auch diesen Gegebenheiten anpassen zu können beziehungsweise steuern zu können.

Ebenso besteht nicht die Meinung, dass sich in Zukunft aufgrund der Öffnung der mitgliedsstaatlichen Gesundheitssysteme ein verstärkter Systemwettbewerb zwischen den Mitgliedstaaten etablieren wird. Auf der einen Seite wird jedes Mitgliedsland versuchen die Gesundheitsversorgung in staatlicher Hand zu behalten, auf der anderen Seite sind die Leute (vor allem in Österreich) zum größten Teil doch sehr zufrieden mit ihren Gesundheitssystemen, weshalb vom jetzigen Standpunkt nicht von einem Konkurrenzkampf zwischen den Ländern auszugehen ist. Noch dazu sind die Zahlen der Patientenmobilität ziemlich gering.

Kooperationen einzelner Krankenanstalten liegen im Bereich der Länder und berühren nicht die Bundesebene. So gibt es zum Beispiel die Kooperationsvereinbarung zwischen der Krankenanstalt Braunau, in Oberösterreich und der Krankenanstalt Simbach, in Bayern. Auch in niederösterreichischen Grenzregionen gibt es solche Vereinbarungen mit zum Beispiel tschechischen Krankenanstalten und mit Slowenien gibt es Kooperationsmechanismen, wenn es um Verbrennungsopfer geht.
Es wird bei diesen Aspekten der Kooperationsvereinbarungen immer wieder auch betont, dass diese wenig mit den EuGH-Urteilen zu tun haben, sondern mehr aus strukturellen und wirtschaftlichen Überlegungen heraus bereits früher abgeschlossen wurden. Des Weiteren wird auch nicht davon ausgegangen, dass es durch die Richtlinie zur Patientenmobilität zu verstärkten Kooperationsbemühungen über Ländergrenzen hinweg kommen wird, da teilweise schon innerstaatlich über Bundesländergrenzen hinweg Probleme bei der Verrechnung bestehen und diese auch über Landesgrenzen vorhanden sind beziehungsweise noch verstärkt zum Ausdruck kommen können, da doch größere Preisunterschiede bei Gesundheitsdienstleistungen bestehen.

Die Frage, welche Auswirkungen konkret die Richtlinie zur Patientenmobilität auf das österreichische Gesundheitssystem haben wird, kann nach dem jetzigen Stand nicht beantwortet, sondern nur einige Vermutungen und Ausblicke gegeben werden. Da die Mitgliedstaaten bis Herbst 2013 Zeit haben die Richtlinie in innerstaatliches Recht umzusetzen, wurde in Österreich erst mit den ersten Vorarbeiten dazu begonnen.
Es wird sicherlich davon ausgegangen, dass durch die Richtlinie Veränderungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, welches die Regeln für die Gesundheitsversorgung in Österreich festlegt, notwendig werden. In welchem Ausmaß und in welcher Richtung das passieren wird, lässt sich allerdings noch nicht

beantworten. Insgesamt wird aber sicherlich nicht das ganze System auf den Kopf gestellt werden müssen.
Ebenso bestehen Überlegungen dazu, das System einer vorherigen Genehmigung im stationären Sektor einzuführen. Dabei wird man sich ansehen, wie hoch die Inanspruchnahme sein wird. Wenn insgesamt alles gut und ohne Schwierigkeiten abläuft, wird man sicherlich über eine Lockerung des Vorabgenehmigungsverfahren nachdenken.
Um auch Verwaltungsverfahren zu vereinfachen wird mit dem Gedanken gespielt, Vorabgenehmigungen im stationären Sektor nach der Verordnung 883/2004 zu handhaben, eine Möglichkeit, die in der Richtlinie selbst erwähnt wird. Damit könnten auch Verrechnungsmethoden vereinfacht werden und es müssten nicht doppelte Strukturen nebeneinander bestehen.
Die Richtlinie sieht die Einrichtung von nationalen Kontaktstellen vor, wobei nicht klar hervorgeht, ob damit eine oder mehrere Stellen gemeint sind. In Österreich wird überlegt, wem diese Aufgabe übertragen werde könnte. Auch hier will man auf bereits bestehenden Strukturen und Einrichtungen aufbauen. Dabei wird den einzelnen Krankenkassen beziehungsweise dem Hauptverband eine zentrale Rolle zukommen. Die Überlegungen sehen vor, dass der Hauptverband allgemeine Informationen betreffend vor allem der Kostenerstattung zur Verfügung stellt, nicht nur für Patienten aus Österreich, sondern auch für Patienten aus anderen Mitgliedsländern, die sich über Möglichkeiten in Österreich informieren wollen. Für österreichische Patienten, die vorrangig eine stationäre Behandlung im Ausland planen, wird eher ihre zuständige Krankenkasse der erste Ansprechpartner sein. Noch einmal gesagt sind das die ersten Überlegungen die es dazu gibt. Wer im Endeffekt wirklich die Informationsaufgabe übernimmt, wird man erst sehen.

Generell wird der Aufbau eines europäischen Referenznetzwerkes als sehr positiv gesehen, um die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsländern zu fördern und ihre Systeme zu unterstützen, aber auch dem Patienten bestmögliche Versorgung europaweit garantieren zu können.

Insgesamt wird aus österreichischer Sicht nicht davon ausgegangen, dass es in naher Zukunft zu großen Patientenwanderungen innerhalb Europas kommen wird, da einerseits nicht nur sprachliche und kulturelle Barrieren bestehen, sondern die Bürger

nur die Leistungen erstattet bekommen, die ihnen auch im Heimatland zustehen. Außerdem wird immer wieder betont, dass im Falle einer hohen Belastbarkeit des österreichischen Gesundheitssystems aufgrund großer Patientenwanderungen durchaus Mechanismen bestehen, wie die Einführung von Vorabgenehmigungen, um die Dienstleistungsfreiheit, allen voran im stationären Sektor wieder zu beschränken.
Weiters wird davon ausgegangen, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb des EU-Raumes generell auf bestimmte medizinische Bereiche, wenn nicht sogar auf Spitzenbereiche beschränkt bleibt. Denn die Basisversorgung, so die Meinung, wird nach wie vor hauptsächlich im Heimatland erfolgen. Generell lässt sich jedoch nur schwer prognostizieren, wie sich die Patientenströme im Einzelnen entwickeln werden.

5.2 Schweden

Prinzipiell mussten auch in Schweden aufgrund der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes keine nationalen Gesetze verändert werden.

Eine Herausforderung, mit der Schweden im Allgemeinen konfrontiert war, war die seit dem EU-Beitritt beginnende Kompetenzaufteilung im Gesundheitsbereich zwischen nationalen und europäischen Gesundheitsaspekten. Während bei den Provinzen die Aufgabe verblieb, für die Bereitstellung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in ihrer jeweiligen Region zu sorgen, übernahm der Staat die Verantwortung für den neuen Aspekt der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Dies geschah am Anfang noch im Rahmen der Verordnung 1408/71 und später durch die VO 883/2004 und schließlich im Rahmen der Rechtssprechung des EuGH. Schweden musste sich also in dieser Hinsicht der neuen Spielart anpassen. Der Sozialversicherungsbehörde „Försäkringskassan“ kommt in diesem Bereich eine zentrale Rolle zu, denn eine extra neugegründete Abteilung sorgt in der Praxis für die Anwendung und Verwaltung nicht nur der beiden Verordnungen, sondern auch der Rechtssprechung des EuGH.

Obwohl unmittelbar keine Gesetze aufgrund der Rechtssprechung verändert werden mussten, so kam es durchaus zu Reformmaßnahmen, die in einem Verhältnis zur Rechtssprechung gesehen werden können. (vgl. Blomqvist und Larsson 2009: 23f.)
Als zentrales Beispiel hierfür kann die Einführung der sogenannten Wartezeitgarantie, auf Schwedisch „vårdgarantie“, im Jahr 2005 genannt werden. Diese legte fest, dass die Provinzen den Patienten innerhalb von 90 Tagen eine entsprechende Behandlung anbieten müssen (vgl. Regeringskansliet 2007: 2). Immer wieder wurde in den Interviews betont, dass es zu dieser Reform aufgrund von internen Überlegungen zur Reduzierung der Wartelisten gekommen ist, aber in keinem Zusammenhang mit den Urteilen des EuGH gesehen werden können. Die beiden Politologen Paula Blomqvist und Jakob Larsson sehen dies allerdings anders. Sie sind der Meinung, dass es zur Einführung der Wartezeitgarantie gekommen ist, um den Auflagen aus dem schwebenden Verfahren Watts vor dem EuGH (Wartezeiten für eine Behandlung aufgrund von Wartelisten müssen einem angemessenem Zeitrahmen entsprechen, ansonsten darf eine Genehmigung für eine Behandlung im Ausland nicht verweigert werden) gerecht zu werden. (vgl. Blomqvist und Larsson 2009: 23f.) Um also eine starke Abwanderung von Patienten aus Schweden aufgrund von zu langen Wartezeiten zu vermeiden, wurde versucht, dem mit der Einführung der Wartezeitgarantie entgegenzuwirken. (vgl. Blomqvist und Larsson 2009: 23f.)

Insgesamt werden in Schweden die Möglichkeiten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung mit steigendem Verwaltungsaufwand verbunden, der innerhalb der „Försäkringskassan“ schon in den letzten Jahren zu spüren war. Befürchtet wird, dass sich dies durch die Patientenrichtlinie noch mehr verstärken wird.
Da es gerade in diesem Bereich um die Auszahlung öffentlicher Gelder geht, ist man natürlich bedacht die einzelnen Fälle einer genauen Prüfung zu unterziehen.

Die Rechtssprechung des EuGH wurde auch in der innerstaatlichen Rechtssprechung nationaler Gerichte fortgeführt. So wurden im Jahr 2004 vom höchsten Verwaltungsgericht in Schweden, genannt „Regeringsrätten“, drei Fällen entschieden, in denen es insgesamt um die Weigerung der „Föräskringskassan“ ging, eine Vorabgenehmigung für eine stationäre Behandlung zu genehmigen beziehungsweise die Kosten für eine stationäre und ambulante Behandlung zu erstatten. In allen drei Fällen entschied der höchste Verwaltungsgerichtshof, dass die Grundsätze des freien Waren-

und Dienstleistungsverkehrs auch in Schweden anzuwenden sind und die Patienten deswegen für eine Kostenerstattung keine Vorabgenehmigung des zuständigen Trägers sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor einholen müssen. Damit änderte sich die Auffassung der schwedischen Regierung und vieler nationaler Behörden, die bis dahin noch immer der Ansicht waren, dass die Rechtssprechung des EuGH zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs keine Anwendung auf ihre Systeme haben werden. Demnach standen den schwedischen Bürgern nun zwei Möglichkeiten grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zu. Einerseits aufgrund der Rechtssprechung des EuGH und des höchsten Verwaltungsgerichtes Schwedens und andererseits aufgrund der Verordnung 1408/71. (vgl. Hansson 2007: 29) Dies öffnete schwedischen Bürgern die Tore ins EU-Ausland, ohne dafür eine vorherige Genehmigung sowohl für ambulante, als auch stationäre Behandlungen einholen zu müssen. So stiegen die Anträge für nachträgliche Kostenerstattung, die bei der „Försäkringskassan“ eingingen, von Jahr zu Jahr an. Besonders beliebt wurden dadurch Zahnbehandlungsreisen ins Ausland. (vgl. Blomqvist und Larsson 2009: 23) Die Mehrheit der Leute, die Behandlungen in Schweden in Anspruch nehmen, kommt laut Auskunft der „Försäkringskassan“ aus den nordischen Nachbarländern.

Nach den Feststellungen des EuGH und des schwedischen Verwaltungsgerichtshofes bedurfte es also für das Recht auf Kostenerstattung für Behandlungen im EU-Ausland keiner Vorabgenehmigung mehr.
Im Rahmen der Anwendung der VO 883/2004 bedurfte es allerdings noch immer einer Vorabgenehmigung. Dabei kommt es zu einer Direktverrechnung zwischen den zuständigen Gesundheitsbehörden. In solchen Fällen werden die Kosten von den Provinzen getragen und die „Försäkringskassan“ übernimmt lediglich das direkte Verrechnungsverfahren.

Kommt es zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach den Rechtsgrundsätzen des EuGH werden den schwedischen Bürgern die faktischen Kosten der Behandlung bezahlt. Von dieser Summe werden nur die Kosten für Selbstbehalte („Patientavgifter“) abgezogen, die ebenfalls vom Patienten in Schweden für eine gleichwertige Behandlung hätte geleistet werden müssen. Allerdings ist hier zu beachten, dass die einzelnen Provinzen in Schweden selbst nicht nur die Preise für Gesundheitsbehandlungen (festgelegt in Preislisten), sondern auch die Höhe der

Selbstbehalte durch die Patienten bestimmen dürfen, wodurch man bei der Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen immer darauf achten muss, welcher Heimatprovinz der schwedische Bürger angehört.

Kommen Patienten aus dem Ausland nach Schweden, stehen ebenfalls diese Preislisten der Provinzen als Berechnungsgrundlage zur Verfügung. In diesen Listen werden die Preise für die einzelnen Behandlungen festgelegt, welches allerdings einem komplizierten Schema folgt. Die Listen dienen vor allem als Berechnungsgrundlage für die gegenseitige Kostenerstattung zwischen den Provinzen.

Insgesamt werden ungefähr 600 Millionen SEK pro Jahr vom Staat der „Försäkringskassan" zur Verfügung gestellt, um die Kosten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Rahmen der nachträglichen Erstattung decken zu können.

Wie lange das Verfahren einer Vorabgenehmigung im Rahmen der VO 883/2004 dauert, ist im Durchschnitt schwer zu sagen und variiert von Fall zu Fall.

Bezüglich des Kostenerstattungsverfahrens gibt es die Zielsetzung, dieses innerhalb von 60 Tagen abzuschließen, längere Zeiten ergeben sich nur bei den Direktverrechnungen zwischen den Mitgliedstaaten.

Kooperationsvereinbarungen mit beispielsweise ausländischen Krankenanstalten werden auf Provinzebene getroffen. Vor allem in Grenzprovinzen, hauptsächlich im Norden und Süden des Landes, existieren einige solcher Vereinbarungen.

Ebenso wie für Österreich, kann auch noch nicht für Schweden festgestellt werden, welche Auswirkungen die Richtlinie zur Patientenmobilität im Einzelnen haben wird.
Zurzeit wird gerade ein neues Gesetz ausgearbeitet, um eben die in der Patientenrichtlinie festgestellten Grundsätze umzusetzen. Dabei wird man nicht umhinkommen auch bereits bestehende Gesetze, die den Gesundheitsbereich betreffen, anzupassen. Geplant ist die Fertigstellung des Gesetzesentwurfes bis zum Frühjahr 2012.

Dabei wird vorgesehen, die bislang schon praktizierten Grundsätze weiter anzuwenden. Nämlich die Kostenerstattung weder für ambulante noch stationäre Behandlungen von einer Vorabgenehmigung abhängig zu machen.

Allgemein wird erwartet, dass die Richtlinie sicherlich einiges in Gang bringen wird, aber es wird, so ist man der Ansicht, trotzdem nicht zu einer explosionsartigen Zunahme von Patientenströmen aus Schweden beziehungsweise nach Schweden kommen. Auch in diesen Interviews wurde immer wieder betont, dass Sprachbarrieren und die nicht vertraute Umgebung in einem anderen Mitgliedsland gerade nicht für enorme Patientenwanderungen sprechen werden. Auch das Bestehen von manchmal doch erheblichen Preisunterschieden zwischen den einzelnen Gesundheitssystemen wird als Bremsfaktor von Patientenmobilität angesehen. Denn die Leistungen für grenzüberschreitende Behandlungen werden nach inländischen Tarifen erstattet, wodurch oft das Risiko für den Patienten besteht, einen Teil der Kosten selbst begleichen zu müssen.

Erst in einigen Jahren werden Ergebnisse vorliegen, die gewisse Trends innerhalb der Möglichkeiten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung anzeigen können, wie zum Beispiel, ob gewisse Ländergruppen oder bestimmte medizinische Behandlungen verstärkt in Anspruch genommen werden.

Von einer Konkurrenz zwischen den einzelnen Gesundheitssystemen wird allenfalls in gewissen medizinischen Bereichen ausgegangen, beispielsweise in solchen Bereichen, wo einzelne Mitgliedsländer extrem gut ausgestattet sind und daher Unterschiede zu den anderen Mitgliedsländern bestehen, sodass einzelne Länder sich gewisse Vorteile verschaffen könnten.
Allerdings wird auch immer wieder betont, dass sich allgemein in Systemen mit Sozialversicherungsprinzipien, in denen der Anteil privater Akteure höher ausfällt, auch ein stärkerer Wettbewerbsgedanke etablieren könnte als in steuerfinanzierten Systemen.

Die Aufgabe der nationalen Kontaktstelle(n), so wie es in der Richtlinie vorgesehen ist, wird vom Sozialversicherungsträger „Försäkringskassan“ übernommen werden. Dies stellt im Prinzip keine Neuigkeit dar, da sie auch schon bislang die Aufgabe als Informationsanlaufstelle übernommen hat.

Prinzipiell bestehen aber auch Überlegungen dahingehend die allgemeine Verantwortlichkeit für grenzüberschreitende Behandlungen von der „Försäkringskassan“ wieder auf die Provinzen zu übertragen.

Auch in Schweden ist man der Ansicht, dass der Aufbau eines europäischen Referenznetzwerkes die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten erheblich erleichtern wird, vor allem durch den Aufbau eines elektronischen Gesundheitsdienstes zum Austausch von Rezepten und Patientenakten. Dies stellt ihrer Meinung nach einen enorm wichtigen Aspekt für das Funktionieren grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung dar. Allerdings wird man auch erst in einigen Jahren erkennen können, wie das System in der Praxis wirklich funktioniert.

6. Schlussbemerkungen

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts befanden sich viele europäische Staaten in einem tiefen Wandlungsprozess und waren mit großen ökonomischen, sozialen und politischen Umwälzungen konfrontiert. In diesem Transformationsprozess waren es vor allem die sozialen Probleme, die Notlage breiter Bevölkerungsschichten, die zunehmend ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückten. Bei der Wahrnehmung und Verarbeitung dieser Probleme wurden jeweils verschiedenartige Aspekte in den Mittelpunkt staatlichen Handelns gerückt. Aufgrund dessen bildeten sich in Europa bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts jeweils unterschiedliche wohlfahrtsstaatliche Systeme heraus, die jeweils verschiedenen ideologischen Anschauungs- und Wertvorstellungen folgen und jeweils andere national, historische und politische Entwicklungen eingeschlagen haben. Aufgrund dessen existieren heute verschiedene wohlfahrtsstaatliche Systeme nebeneinander, die unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungsstrukturen folgen. Diese Unterschiedlichkeiten lassen sich auch im Gesundheitsbereich, welcher als ein integrativer Bestandteil der sozialen Sicherungssysteme gesehen werden kann, feststellen.

Im Laufe der Zeit wurden die verschiedensten Theorien entwickelt, um das Entstehen und die Entwicklung von Wohlfahrtsstaaten zu erklären. Dabei werden jeweils verschiedene Aspekte ins Zentrum gerückt, die das Entstehen von Wohlfahrtsstaaten hinreichend erklären und untermauern sollen. Insgesamt erfasst jedoch keiner dieser Theorien die komplette Tragweite der Entwicklung.

Ebenso wurde ab Mitte der 1970er Jahre von der vergleichenden Wohlfahrtsstaatenforschung mit dem Versuch begonnen, die einzelnen Wohlfahrtsstaaten aufgrund ihrer spezifischen, nationalen Strukturmerkmale in gewisse Typen einzuteilen. Dabei kann der Name des dänischen Politikwissenschaftlers Gøsta Esping-Andersen nicht unerwähnt bleiben. Mit seiner Einteilung der Wohlfahrtsstaaten zu drei sogenannten „Wohlfahrtsstaatsregimen“ anhand von drei Vergleichsdimensionen schuf er eine wesentliche Grundlage für die vergleichende Wohlfahrtsstaatenforschung und ist aus diesem Bereich nicht mehr wegzudenken.

Der Wohlfahrtsstaat ist heutzutage nicht am Endpunkt seiner Entwicklung angekommen, sondern nach wie vor neuen Veränderungen und Herausforderungen unterworfen (vgl. Ritter 2010: 220).

Alle europäischen Sozialsysteme sind aufgrund eines zunehmenden demographischen Wandels, steigenden Finanzierungslasten und einer Veränderung von Lebensformen (steigende Anzahl von alleinstehenden Personen und Müttern) mit denselben Problemen konfrontiert. Vor allem im Gesundheitsbereich führt der anhaltende demographische Wandel zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu erhöhten Finanzierungsproblemen, die es für die einzelnen Mitgliedstaaten zu bewältigen gibt.

Aber nicht nur von Innen heraus befinden sich die Wohlfahrtsstaaten in einem Wandel. Auch durch den immer tiefer greifenden Prozess der europäischen Integration werden neue Impulse gesetzt, die die Systeme vor neue Herausforderungen stellen werden. Wie in der vorliegenden Arbeit dargelegt wurde, stellt die Rechtssprechung des EuGH zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und damit einhergehend die Richtlinie zur Patientenmobilität die Mitgliedstaaten vor Veränderungen und Herausforderungen.

Innerhalb der Europäischen Union existieren hauptsächlich zwei unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsformen. Zum einen gibt es Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten, in denen Gesundheitsleistungen über allgemeine Steuern finanziert werden und zum anderen gibt es Länder mit gesetzlichen Krankenversicherungen, welche für die Gesundheitssicherung der Bevölkerung verantwortlich sind und sich über Beiträge finanzieren. Auch hinsichtlich der Vergütung von Gesundheitsdienstleistungen folgen die Mitgliedstaaten zwei divergierenden Mechanismen. Dazu gehört einerseits das Sachleistungsprinzip, in dem der Patient für die Behandlung des Arztes nichts zahlen muss, und andererseits das Kostenerstattungsprinzip, wo der Patient zwar die Behandlung bezahlt, die Kosten dafür aber wieder refundiert bekommt.

Das Territorialitätsprinzip stellte bis zu den ersten Urteilen des Europäischen Gerichtshofs ein zentrales „Markenzeichen“ jedes nationalstaatlich organisierten Gesundheitsbereiches dar. Dadurch dass im Gesundheitsbereich einige Aspekte, wie gleicher Zugang zu medizinischen Leistungen und Umverteilungswirkung bei Inanspruchnahme und Finanzierung besonders zu berücksichtigen sind, muss der freie Markt außen vor bleiben und der Staat für Organisation und Finanzierung dieses Bereiches Sorge tragen.

Allgemein blieb der Gesundheitsbereich lange von EU-Recht unberührt. Ein Faktum, das sich mit den ersten Urteilen des europäischen Gerichtshofes schlagartig änderte. Obwohl im Vertrag von Lissabon ausdrücklich festgeschrieben steht, dass die Regelungshoheit für Gestaltung und Finanzierung der Sozialsysteme bei den Mitgliedstaaten verbleibt, sind diese trotzdem dazu angehalten in diesem Bereich EU-Recht, vor allem die vier Grundfreiheiten der EU, zu beachten.

Da von Seiten der Mitgliedstaaten die Einhaltung der vier Grundfreiheiten im gesundheitspolitischen Bereich nicht immer beachtet wurde, beziehungsweise die Mitgliedstaaten davon ausgingen, dass diese im Gesundheitsbereich keine Anwendung finden, wurden dem Europäischen Gerichtshof verstärkt seit Ende der 1990er Jahre eine ganze Kette von Fällen vorgelegt, in denen er um Auslegung des Gemeinschaftsrechts in diesen Sachen gebeten wurde. Damit kam dem Europäischen Gerichtshof eine irrsinnig wichtige Funktion zu und er brachte den Prozess der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schließlich in Gang. In seinen Urteilen betonte der EuGH immer wieder, dass auch im Gesundheitsbereich die vier Grundfreiheiten, allen voran die Waren- und Dienstleistungsverkehrsfreiheit zu beachten sind. Auch Gesundheitsdienstleistungen stellen wirtschaftliche Dienstleistungen im Sinne des Vertrages dar. Daher verstoßen solche nationale Regelungen gegen EU-Recht, die eine ambulante Behandlung oder den Erwerb eines medizinischen Produktes in einem anderen Mitgliedsland von einer vorherigen Genehmigung abhängig machen. Ähnlich argumentierte der EuGH auch für den stationären Sektor, ging aber hier letztendlich auch auf die Bedenken der Mitgliedstaaten ein. Auf Basis von drei vom EuGH genannten Rechtfertigungsgründen darf für stationäre Behandlungen im Ausland weiterhin eine vorherige Genehmigung verlangt werden. Jedoch schränkte der Gerichtshof auch hier die Vorgehensweise nationaler Behörden ein und reduzierte die Gründe, nach denen eine Genehmigung verweigert werden kann. Für den ambulanten Sektor liegen generelle keine Rechtfertigungsgründe vor, die freie Dienstleistungsfreiheit zu beschränken. Sukzessive dehnte der EuGH diese Grundsätze auf alle Mitgliedstaaten aus. Letztere mussten nach anfälligem Wiederstand die neuen Gegebenheiten akzeptieren.

Mit seiner Rechtsauslegung sprengte der Gerichtshof die territoriale Begrenztheit im Gesundheitsbereich und schuf eine europäische Gesundheitsdimension. Während die Rechte der Patienten einerseits gestärkt wurden, wurde andererseits der Spielraum nationaler Behörden kleiner. Dem Patienten wurde das Recht zuerkannt selbst

entscheiden zu dürfen, wo ihm die beste medizinische Behandlung angeboten werden kann.
Der Entwicklungsprozess ging allerdings noch weiter. Die Kommission wurde auf den Plan gerufen, um den Rechtsgrundsätzen des EuGH ein Rahmenwerk, im Sinne einer Richtlinie, zu geben und um damit nochmal die Verbindlichkeit für alle Mitgliedsländer zu unterstreichen. Denn eine Richtlinie bedeutet immer die Umsetzung in innerstaatliches Recht. Diese wurde schließlich am 24.04.2011 verwirklicht, der Tag an dem die Richtlinie in Kraft trat. Sie legt nicht nur noch einmal die Spielregeln für das Funktionieren grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung fest, sondern betont in diesem Zusammenhang auch nochmal die Rechte der Patienten.

In der vorliegenden Arbeit wurde anhand von zwei Länderbeispielen, nämlich Österreich und Schweden, versucht zu analysieren, welche Auswirkungen die vom EuGH festgelegten Grundsätze und die Patientenrichtlinie auf die nationalen Gesundheitssysteme haben.
Im Laufe des Forschungsprozesses ergaben sich jedoch einige Schwierigkeiten, die an dieser Stelle kurz erwähnt werden sollten. Festgelegtes Ziel war es anhand von mehreren Experteninterviews einige Aspekte genauer zu analysieren, um damit die Hauptfrage ausreichend beantworten zu können. In Österreich wurde es jedoch zu einem Geduldspiel, um an Interviewpartner heranzukommen, da ich immer wieder von einem Ministerium zum anderen verwiesen wurde. Daher kam, auch aufgrund der gegebenen knappen Zeit, in Österreich leider nur ein Interview zustande. Dies kann durchaus als sehr informativ und umfangreich bezeichnet werden. Allerdings muss kritisch beachtet werden, dass sich die Ergebnisse für Österreich nur auf die Stellungnahme einer Institution beziehen und daher nicht wirklich das Ergebnis breiter Forschung darstellt. In Schweden konnten genug Stellungnahmen und Ansichten eingeholt werden, teilweise auf Grundlage schriftlicher Anfragen und teilweise auf Grund der Durchführung von telefonischen Interviews.

Allgemein kann festgehalten werden, dass aufgrund der Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes weder das österreichische noch das schwedische Gesundheitssystem extremen Veränderungen unterworfen war und das ganze System auf den Kopf gestellt werden musste. Während Österreich schon weitgehend EU-Rechtskonform war und auf alten Strukturen weiterhin aufgebaut werden konnte,

wurden in Schweden die Kompetenzen zwischen nationaler und grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung aufgeteilt. Ebenso wurde in Schweden aufgrund nationaler Rechtssprechung der EuGH Rechtssprechung vollkommen zum Durchbruch verholfen. In beiden Ländern kam es innerhalb dieses Zeitraumes zu Reformen innerhalb des Gesundheitswesens. In Schweden kann die Reform zur Einführung der Wartezeitgarantie durchaus im Zusammenhang mit den Entscheidungen des EuGH im Fall Watts gesehen werden, um diesen gerecht werden zu können. In Österreich dagegen steht die Reform zur Einführung transparenter Wartelisten in keinem engen Konnex zu den Entscheidungen des EuGH.

Auch hinsichtlich der finanziellen Abgeltung von grenzüberschreitenden Gesundheitsbehandlungen können Unterschiede zwischen den beiden Ländern festgestellt werden. Während in Österreich die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen weiterhin über die Krankenversicherungsträger und aus deren Budgets erfolgt, wurden in Schweden zusätzlich Kosten bereitgestellt, um damit Auslandsbehandlungen zu finanzieren. Ebenso wurde eine eigene Stelle innerhalb der „Försäkringskassan“ eingerichtet, die sich mit verwaltungstechnischen Aufgaben befasst.

So kann gesagt werden, dass das Krankenversicherungsprinzip in Österreich im Unterschied zum schwedischen System des nationalen Gesundheitsdienstes bereits vor der Rechtssprechung des EuGH so flexibel bezüglich der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsbehandlungen ausgerichtet war, dass keine großen Sprünge im System gemacht werden mussten. Während in Schweden doch kleinere Adaptionen notwendig waren

Aus heutiger Sicht kann für beide Länder noch nicht festgestellt werden, welche Auswirkungen die Richtlinie zur Patientenmobilität auf die beiden Gesundheitssysteme haben wird. In beiden Ländern hat der Umsetzungsprozess eigentlich erst begonnen. Fest steht allerdings, dass auf den bereits bestehenden Strukturen und Institutionen aufgebaut wird und sich auch hier keine extremen Umwälzungen für die Gesundheitssysteme ergeben.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Europäische Union nun auch eine europäische Gesundheitsdimension erlangt hat. Die nationalen Gesundheitssysteme wurden aufgebrochen und müssen sich insgesamt öffnen. Allerdings wird diese

Öffnung, vor allem von den beiden Ländern Österreich und Schweden nicht als Gefahr gesehen, dass sich dadurch ein verstärkter Konkurrenzwettbewerb um die Patienten etablieren könnte, sondern ganz im Gegenteil wird im Aufbau eines europäischen Gesundheitsmarktes der europäische Mehrwert gesehen, den dieser für alle Mitgliedsländer haben wird.

Erst in ein paar Jahren, nachdem die Patientenrichtlinie in den einzelnen Mitgliedstaaten in innerstaatliches Recht umgesetzt wurde, wird sich zeigen, inwieweit die Patientenströme innerhalb der Europäischen Union zunehmen werden und ob starke Patientenwanderungen entstehen werden. Denn sprachliche Barrieren und kulturelle Verschiedenartigkeiten sind Hindernisse, die auch in Zukunft Bestand haben werden. Zusätzlich verbleiben bei den Mitgliedstaaten Mechanismen, um auch in Zukunft bei zu starker Belastbarkeit der nationalen Gesundheitssysteme Beschränkungen einführen zu können. Insgesamt wurden die Rechte der Patienten aufgewertet, sie können nun selbst entscheiden in welchem Land sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen wollen. Allerdings tragen sie immer auch gewisse Risiken mit sich, da grundsätzlich immer nur die Kosten nach den Tarifen des Heimatlandes erstattet werden. Dieser Aspekt könnte weiters dazu führen, dass der Trend zur zwei Klassen Medizin sich verstärken wird. Leute ohne Geldsorgen werden eher das Risiko eingehen, im Falle einer Auslandsbehandlung auf einem Teil der Kosten sitzen zu bleiben als ärmere Leute. Die Europäische Kommission versucht diesem Trend durch die Einrichtung nationaler Kontaktstellen entgegenzuwirken. Diese sollen den Patienten genaue Auskunft über die Kostenerstattung geben, damit das Risiko einen Teil der Gesamtkosten übernehmen zu müssen schon von vornherein minimiert wird. Erst in der Praxis wird sich zeigen, ob dies auch zutrifft.

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Übersicht über die vom EuGH aufgestellten Grundsätze und Feststellungen* (vgl. Obermaier 2008a: 12)

8. Literaturverzeichnis

- Alber, Jens (1982): Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt am Main: Campus Verlag.

- Badelt, Christoph; Österle, August (2001): Grundzüge der Sozialpolitik. Spezieller Teil Sozialpolitik in Österreich, 2. Aufl., Wien: Manz Verlag.

- Benz, Benjamin; Huster, Ernst-Ulrich (2003): Sozialstaat, in: Hanno Drechsler (Hrsg.), Gesellschaft und Staat. Lexikon der Politik, 10.Aufl., München: Verlag Franz Vahlen, 907-911.

- Blomqvist Paula; Larsson, Jakob (2009): Towards common European health policies. What are the implications for the Nordic countries?, Arbetsrapport, Institute för Framtidsstudier, 13, 1-35, [online], http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20090814141018filLvRsSVseKu7x7rSQ6Z96.pdf [12.01.2012].

- Boeckh, Jürgen; Huster, Ernst-Ulrich (2003): Gesundheitspolitik, in: Hanno Drechsler (Hrsg.), Gesellschaft und Staat. Lexikon der Politik, 10.Aufl., München: Verlag Franz Vahlen, 410-414.

- Butterwegge, Christoph (1999): Wohlfahrtsstaat im Wandel. Probleme und Perspektiven der Sozialpolitik, Opladen: Leske+Budrich.

- Cousins, Mel (2005): European Welfare States. Comparative Perspectives, London: SAGE Puublications.

- Döhler, Marian (2000): Gesundheitspolitik, in: Everhard Holtmann (Hrsg.), Politik-Lexikon, 3. Aufl., München: Oldenbourg Verlag, 220-223.

- Eichenhofer, Eberhard (2007): Geschichte des Sozialstaates in Europa. Von der „sozialen Frage“ bis zur Globalisierung, München: Verlag C. H. Beck.

- Esping-Andersen, Gøsta (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge: Polity Press.

- Evers, Adalbert (2010): Sozialpolitik, in: Dieter Nohlen; Rainer-Olaf Schultze (Hrsg.), Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden und Begriffe, Bd. 2 N-Z, 4. Aufl., München: Verlag C. H. Beck, 991-995.

- Ferrera, Maurizio (1996): The ‘Southern Model’ Of Welfare In Social Europe, in: Journal of European Social Policy, Vol. 6, No. 1, 17-37.

- Flora, Peter; Heidenheimer, Arnold J. (Hrsg.) (1984): The Development of Welfare States in Europe and America, 2. Aufl., New Brunswick: Transaction Books.

- Gooijer, Win de (2007): Trends in EU Health Care Systems, New York: Springer.

- Greer, Scott L. (2008): Choosing paths in European Union health services policy. A political analysis of a critical juncture, in: Journal of European Social Policy, Vol. 18, No. 3, 219-231.

- Greer, Scott L.; Rauscher, Simone (2011): Destabilization rights and restabilization politics. Policy and political reactions to European Union healthcare services law, in: Journal of European Public Policy, Vol. 18, No. 2, 220-240.

- Hatzopoulos, Vassilis G. (2002): Do the Rules on Internal Market Affect National Health Care Systems?, in: Martin McKee; Elias Mossialos; Rita Baeten (Hrsg.), The Impact of EU Law on Health Care Systems, Brüssel: P.I.E.-Peter Lang, 123-160.

- Henningsen, Bernd (2000): Sozialstaat, in: Everhard Holtmann (Hrsg.), Politik-Lexikon, 3. Aufl., München: Oldenbourg Verlag, 641-644.

- Hervey, Tamara K. (2002): The Legal Basis of European Community Public Health Policy, in: Martin McKee; Elias Mossialos; Rita Baeten (Hrsg.), The Impact of EU Law on Health Care Systems, Brüssel: P.I.E.-Peter Lang, 23-55.

- Huster, Ernst-Ulrich (2003): Sozialpolitik, in: Hanno Drechsler (Hrsg.), Gesellschaft und Staat. Lexikon der Politik, 10.Aufl., München: Verlag Franz Vahlen, 900-906.

- Jorens, Yves (2002): The Right to Health Care across Borders, in: Martin McKee; Elias Mossialos; Rita Baeten (Hrsg.), The Impact of EU Law on Health Care Systems, Brüssel: P.I.E.-Peter Lang, 83-122.

- Kraus, Katrin; Geisen, Thomas (Hrsg.) (2001): Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Landwehr, Claudia (2010): Gesundheitspolitik, in: Dieter Nohlen; Rainer-Olaf Schultze (Hrsg.), Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden, Begriffe, Bd. 1 A-M, 4. Aufl., München: Verlag C .H. Beck, 319-320.

- Larsson, Torbjörn; Bäck, Henry (2008): Governing and Governance in Sweden, o.O.: Studentlitteratur.

- Lessenich, Stephan (2000): Soziologische Erklärungsansätze zu Entstehung und Funktion des Sozialstaats, in: Jutta Allmendinger; Wolfgang Ludwig-Mayerhofer (Hrsg.), Soziologie des Sozialstaats. Gesellschaftliche Grundlagen, historische Zusammenhänge und aktuelle Entwicklungstendenzen, Weinheim: Juventa Verlag, 39-78.

- Lessenich, Stephan (Hrsg.) (2003): Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse, Frankfurt am Main: Campus Verlag.

- Lißner, Lothar; Wöss, Josef (1999): Umbau statt Abbau. Sozialstaaten im Vergleich. Deutschland – Österreich – Schweden, Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

- Martinsen, Dorte Sindbjerg (2005a): The Europeanization of Welfare. The Domestic Impact of Intra-European Social Security, in: Journal of Common Market Studies, Vol. 43, No. 5, 1027-1054.

- Martinsen, Dorte Sindbjerg (2005b): Towards an Internal Health Market with the European Court, in: West European Politics, Vol. 28, No. 5, 1035-1056.

- Martinsen, Dorte Sindbjerg; Vrangbaek, Karsten (2008): The Europeanization of Health Care Governance. Implementing the Market Imperatives of Europe, in: Public Administration, Vol. 86, No. 1, 169-184.

- Martinsen, Dorte Sindbjerg (2009): Conflict and Conflict Management in the Cross-border Provision of Healthcare Services, in: West European Politics, Vol. 32, No. 4, 792-809.

- Obermaier, Andreas J. (2008a): Models of Judicial Politics Revisited: The ECJ's Judicial Activism and Self-Restraint, Paper for ECPR Conference, 25-27 September, Riga, 1-19, [online], http://www.jhubc.it/ecpr-riga/virtualpaperroom/043.pdf [14.01.2012].

- Obermaier, Andreas J. (2008b): De-Territorialization and De-Structuring Dynamics: The Impact of ECJ Patient Mobility Rulings on Germany, France and The United Kingdom, Paper for ECPR Conference, 25-27 September, Riga, 1-18, [online], http://www.jhubc.it/ecpr-riga/virtualpaperroom/044.pdf [14.01.2012].

- Obermaier, Andreas J. (2008c): The National Judiciary-Sword of European Court of Justice Rulings. The Example of the Kohll/Decker Jurisprudence, in: European Law Journal, Vol. 14, No. 6, 735-752.

- Obinger, Herbert; Tálos, Emmerich (2006): Sozialstaat Österreich zwischen Kontinuität und Umbau. Eine Bilanz der ÖVP/FPÖ/BZÖ-Koalition, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Olsson, Sven E. (1990): Social Policy and Welfare State in Sweden, Lund: Arkiv förlag.

- Österle, August (2007): Health care across borders. Austria and its new EU neighbours, in: Journal of European Social Policy, Vol. 17, No. 2, 112-124.

- Pawle, Andrea (2005): Das Modell des schwedischen Wohlfahrtsstaates. Analyse unter besonderer Berücksichtigung wichtiger Aspekte der Familienpolitik, Wien: Univ., Diplomarbeit.

- Pierson, Christopher; Castles, Francis G. (Hrsg.) (2007): The Welfare State Reader, 2 Aufl., Cambridge: Polity Press.

- Prunzel, Regine (2007): Der „Europäische Sozialkonsens" als Instrument zur Stärkung des „Europäischen Sozialmodells". Vom politischen Postulat zur eigenständigen sozialpolitischen Säule, Berlin: Duncker & Humblot.

- Ritter, Gerhard A. (2010): Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, 3. Aufl., München: Oldenbourg Verlag.

- Schaub, Vanessa Elisabeth (2001): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Schmid, Josef (2002): Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme, 2. Aufl., Opladen: Leske+Budrich.

- Schmid, Josef (2010): Wohlfahrtsstaat, in: Dieter Nohlen; Rainer-Olaf Schultze (Hrsg.), Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden und Begriffe, Bd. 2 N-Z, 4. Aufl., München: Verlag C. H. Beck, 1235-1240.

- Schmidt, Manfred G. (1988): Sozialpolitik. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Opladen: Leske+Budrich.

- Schmidt, Manfred (2000): Sozialpolitik, in: Everhard Holtmann (Hrsg.), Politik-Lexikon, 3. Aufl., München: Oldenbourg Verlag, 638-641.

- Schmidt, Manfred G. (Hrsg.) (2001): Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, politischer Prozess und Leistungsprofil, Opladen: Leske+Budrich.

- Schmidt, Manfred G. (2004): Wörterbuch zur Politik, 2. Aufl., Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.

- Schmidt, Manfred G.; Ostheim, Tobias; Siegel, Nico A.; Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.) (2007): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Schwartmann, Rolf (Hrsg.) (2011): Der Vertrag von Lissabon. EU-Vertrag, Vertrag über die Arbeitsweise der EU. Konsolidierte Fassungen, 4. Aufl., Heidelberg: C. F. Müller.

- Sieveking, Klaus (2007): ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU, in: European Journal of Migration and Law, Vol. 9, 25-51.

- Tálos, Emmerich (2005): Vom Siegeszug zum Rückzug. Sozialstaat Österreich 1945-2005, Innsbruck: Studienverlag.

- Thibaut, Bernhard (2010): Sozialstaat, in: Dieter Nohlen; Rainer-Olaf Schultze (Hrsg.), Lexikon der Politikwissenschaft. Theorien, Methoden und Begriffe, Bd. 2 N-Z, 4. Aufl., München: Verlag C. H. Beck, 996.

- Wendt, Claus (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Internetquellen:

- Arbetsförmedlingen (o.J.): Allmänt om Arbetsförmedlingen, [online], http://www.arbetsformedlingen.se/Om-oss/Var-verksamhet/Allmant-om-oss.html [29.12.2011].

- Baumann, Herta (2011): Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, 183-189, [online], http://www.hauptverband.at/mediaDB/784011_SoSi_Artikel_Baumann_Patientenrechte.pdf [12.01.2012].

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): Sozialschutz in Österreich 2010, 1-92, [online], http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/1/6/3/CH2088/CMS1313745345149/sozialschutz_in_oesterreich[1].pdf [28.12.2011].

- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen-Daten-Fakten, 1-28, [online], http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/dasoesterreichischegesundheitssystem.pdf [28.12.2011].

- Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration (2012): FAQ-Die Europäische Krankenversicherungskarte, [online], http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=de&intPageId=1304 [13.12.2011].

- Europa, Das Portal der Europäischen Union (2011): Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Patientenrechte, [online], http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/sp0002_de.htm [07.01.2012].

- Europa, Das Portal der Europäischen Union (2008): Die Systeme der sozialen Sicherheit und die Freizügigkeit. Grundverordnung (EWG), [online],

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/c10516_de.htm [28.11.2011].

- Europa, Das Portal der Europäischen Union (2011): Auf dem Weg zu einer besseren Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, [online], http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/living_and_working_in_the_internal_market/c10521_de.htm [05.12.2011].

- Försäkringskassan (2012a): Socialförsäkringen, 1-38, [online], http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1d9364cd-1548-4b3b-a7c4-28b68ba48b8d/4000-socialforsakringen-webb-2012-01-01.pdf?MOD=AJPERES [29.12.2011].

- Försäkringskassan (2012b): Styrning och uppföljning, [online], http://www.forsakringskassan.se/omfk/styrning_och_uppfoljning/!ut/p/b1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOItjAx8nZwMHQ0sgg0sDDwtPSxd3SyN3F1czIEKIoEKDHAARwO8-p3MoPrxKCBgf7h-FFgJPhfgNcPXiIACoCV-Hvm5qfoFuaERBpkB6QB3kR5q/dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2XzgyME1CQjFBMDhTMDgwSTlIOUVGOTJHREI2/ [29.12.2011].

- Hansson, Maria (2007): Patient i internationella förhålladen. En studie va den gränsöverskridande vården ur ett brukarperspektiv, 1-66, [online], http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/7339/1/Maria%20Hansson.pdf [12.01.2012].

- Pensionsmyndigheten (2011a): Den allmänna pensionen, [online], http://www.pensionsmyndigheten.se/DenAllmannaPensionen.html [29.12.2011].

- Pensionsmyndigheten (2011b): Vad är garantipension?, [online], http://www.pensionsmyndigheten.se/Garantipension.html [29.12.2011].

- Regeringskansliet (2007): Hälso- och sjukvård i Sverige, 1-4, [online], http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/43/60/5102c2c9.pdf [29.12.2011].

- Regeringskansliet (2011): Tandvård i Sverige, [online], http://www.regeringen.se/sb/d/14835 [29.12.2011].

- Wiener Gebietskrankenkasse (2010): Wahlarzthilfe. Berechnung, [online], http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=59539&p_tabid=4 [12.01.2012].

Alle Experteninterviews, die durchgeführt wurden, wurden transkripiert und befinden sich im Privatbesitz des Autors. Diese können auf Anfrage jederzeit zugesandt werden.

Abstract

Sozialpolitik ist in den Ländern der Europäischen Union jeweils unterschiedlich ausgestaltet und folgt verschiedenen ideologischen Anschauungs- und Wertvorstellungen. Dadurch existieren innerhalb der Europäischen Union nicht nur unterschiedliche Sozialniveaus, sondern auch verschiedenartige Organisations- und Finanzierungsstrukturen. Diese Unterschiedlichkeiten können auch im Gesundheitsbereich, welcher ein integrativer Bestandteil der Sozialsysteme ist, festgestellt werden. Lange Zeit blieb der Gesundheitsbereich nicht nur von EU-Recht unberührt, sondern auch auf das jeweilige Territorium der einzelnen Mitgliedstaaten beschränkt. Diese Gegebenheiten wurden vom EuGH mit seiner Rechtssprechung zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung aufgebrochen. Der Europäische Gerichtshof erließ in der Zeit zwischen 1998 und 2006 eine ganze Kette von Urteilen, in denen er die Anwendbarkeit vor allem des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auch für den Gesundheitsbereich festlegte. Mit seiner Rechtsprechung in diesem Bereich setzte der Europäische Gerichtshof einen Prozess in Gang, indem sukzessive einerseits die territoriale Begrenztheit der nationalstaatlich organisierten Gesundheitssysteme aufgebrochen wurde und andererseits die Rechte der Patienten für die Inanspruchnahme von Gesundheitsbehandlungen im EU-Raum gestärkt wurden. Im Zuge dieses Prozesses wirkte auch die Europäische Kommission als zentraler Akteur mit, in dem sie auf den Grundsatzentscheidungen des EuGH aufbauend begann, eine Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln, welche im April 2011 in Kraft trat.

Diese Arbeit konzentriert sich auf den Aspekt der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union. Dabei sollen nicht nur die Urteile des EuGH und die Richtlinie einer genauen Analyse unterzogen werden, sondern im Konkreten wird der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die Rechtssprechung im Einzelnen auf die zwei Mitgliedsländer Österreich und Schweden hatte, da beiden Ländern unterschiedliche Prinzipien im Gesundheitsbereich zugrunde liegen.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name:	Luzia Toman
Geburtsdatum:	09.11.1985
Geburtsort:	Wien
Adresse	Roseggergasse 41/19, 1160 Wien
E-mail	luzia.toman@gmx.at

Schulausbildung:

1992 – 1996	Volksschule der Schulbrüder Währing, Schopenhauerstraße 44-46, 1180 Wien
1996 – 2004	Bundesrealgymnasium XVIII, Schopenhauerstraße 49, 1180 Wien

Universitäre Ausbildung:

2004-2012	Studium der Politikwissenschaft und Geschichte an der Universität Wien
2008-2009	Erasmusaufenthalt in Umeå, Schweden