



© Gina Sanders - Fotolia.com

Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

In den letzten Wochen und Monaten wurde in den Medien – oft unter dem Schlagwort „Freie Arztwahl in Europa“¹ – über eine neue EU-Richtlinie berichtet, die es Patient(inn)en ermöglichen sollen, sich in Zukunft leichter im europäischen Ausland medizinisch behandeln zu lassen. Zu lesen war über grundsätzliche Verbesserungen für Patient-(inn)en, von der Verpflichtung der Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger und Ähnlichem. Ob die neue Richtlinie tatsächlich hält, was hier versprochen wurde, soll im Folgenden kurz dargestellt werden. Dabei sollen nicht nur die Bestimmungen der neuen Richtlinie beschrieben werden, sondern auch deren Einbettung in das gesamteuropäische System der Absicherung bei der grenzüberschreitenden medizinischen Gesundheitsversorgung.

1. Einführung

Am 28. Februar 2011 hat der Europäische Rat die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

beschlossen.² Damit ist ein jahrelanger, teilweise auch emotional geführter Verhandlungsprozess zum Thema Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorläufig abgeschlossen. In den nächsten Monaten bzw. Jahren wird es um die Frage der Umsetzung der Richtlinienbestimmungen in nationales Recht gehen.

Für die Umsetzung in österreichisches Recht bleibt – so notwendig – noch Zeit, die Richtlinie sieht eine Umsetzungsfrist bis 25. Oktober 2013 vor.³ Die neuen Bestimmungen werden daher ab Ende Oktober 2013 anzuwenden sein.

Die Richtlinie ist jedoch nur ein kleiner (und vorläufig letzte) Teil des bereits bestehenden engmaschigen Systems in der Europäischen Union für die Absicherung im Krankheitsfall und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in einem anderen EU-Mitgliedstaat. Im Folgenden soll dieses System im Überblick dargestellt werden.⁴



MMag. Herta Baumann ist Mitarbeiterin der Abteilung „Internationale Angelegenheiten und zwischenstaatliche Sozialversicherung“ im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung.

1 Siehe z. B. „Kleine Zeitung“ vom 19. Jänner 2011, zu finden unter: <http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/eu/2647796/einfachere-behandlung-fuer-eu-buerger-ausland.story>, oder „Der Standard“ vom 19. Jänner 2011, Printausgabe, S. 9.

2 Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 4.4.2011, S. 45.

3 Artikel 21 der Richtlinie.

4 Eine umfassende Abhandlung zu Fragen der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, zur EuGH-Rechtsprechung zu den Grundfreiheiten und zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung findet sich bei: Felix, Ferdinand, Auswirkungen der Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie(n), in: DRdA 2010 S. 383 ff.

In den nächsten Monaten bzw. Jahren wird es um die Frage der Umsetzung der Richtlinienbestimmungen in nationales Recht gehen.

2. Die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit – die VO 883/2004 und die VO 987/2009

Um die Freizügigkeit der Erwerbstätigen zu fördern, hat es schon am Beginn der – damals noch – Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft Regelungen für die Absicherung der Wanderarbeiter im Krankheitsfall gegeben. Daraus hat sich im Laufe der Zeit ein umfassendes System der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit entwickelt, grundgelegt mit der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71⁵ und der dazugehörigen Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72⁶. Diese Verordnungen wurden mehrfach geändert und der Anwendungsbereich sowohl sachlich als auch persönlich ausgeweitet. Dies mündete schließlich in der Neuerlassung der Verordnungen. 2004 wurde die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit⁷ und 2009 die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit⁸ erlassen. Beide sind seit 1. Mai 2010 anwendbar. Da die neuen Richtlinienbestimmungen zusammen mit den Verordnungsregelungen den europarechtlichen Rahmen für die Absicherung im Krankheitsfall bilden, soll – ohne auf Details einzugehen – die Grundstruktur der Verordnungen in **Bezug auf Leistungen bei Krankheit** dargestellt werden:

Bei einem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat können notwendige Krankenbehandlungen auf Kosten des österreichischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch genommen werden.

2.1. Erfasster Personenkreis

Die Verordnungen gelten, vereinfacht gesagt, für versicherte Staatsangehörige eines Mitgliedstaates und deren anspruchsberechtigte Angehörige sowie für alle Pensionist(inn)en und deren Angehörige. Seit 1. Jänner 2011 gelten die Regelungen auch für Drittstaatsangehörige, wenn diese in einem Mitgliedstaat ihren rechtmäßigen Wohnsitz haben.¹⁰

2.2. Erfasste Sachverhalte

Die Verordnungen unterscheiden zwischen folgenden drei **Sachverhalten**:

1. Eine Person **wohnt** in einem anderen Mitgliedstaat als in dem Staat, in dem sie krankenversichert ist (zuständiger Mitgliedstaat, Versicherungsmitgliedstaat). Diese Person hat Anspruch auf **alle Sachleistungen**, die im Staat, in dem sie wohnt (Wohnmitgliedstaat), vorgesehen sind – so wie eine dort versicherte Person.¹¹ Die Kosten der Behandlungen und Medikamente trägt der Krankenversicherungsträger, bei dem die Person versichert ist (zuständiger Träger).¹²
2. Eine Person hält sich **vorübergehend** in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat (Versicherungsmitgliedstaat) auf. Sie hat Anspruch auf **alle Sachleistungen**, die sich im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer als medizinisch **notwendig** erweisen.¹³ Die Kosten trägt wieder der Krankenversicherungsträger, bei dem die Person versichert ist (zuständiger Träger).¹⁴
3. Eine Person begibt sich zum **Zweck der Krankenbehandlung** in einen anderen Mitgliedstaat. Für diesen Fall bestimmt die VO 883/2004, dass dies nur nach **vorheriger Genehmigung** des zuständigen Trägers möglich ist.¹⁵ Die Genehmigung muss erteilt werden, wenn die geplante Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach dem Recht des zuständigen Trägers gewährt werden,

5 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates 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 (ABl. Nr. L 149 vom 5. Juli 1971, S. 2; konsolidierte Fassung: ABl. Nr. L 28 vom 30. Jänner 1997, S. 4, i. d. F. der Verordnung (EG) Nr. 592/2008, ABl. Nr. L 177/2008 vom 4. Juli 2008, S. 9).

6 Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABl. Nr. L 74 vom 27. März 1972, S. 1; konsolidierte Fassung: ABl. Nr. L 28 vom 30. Jänner 1997, S. 102, i. d. F. der Verordnung (EG) 120/2009, ABl. Nr. L 39/2009 vom 10. Februar 2009, S. 29).

7 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 166 vom 30. April, 2004, S. 1, berichtigt durch ABl. Nr. L 200 vom 7. Juni 2004, S. 1 i. d. F. der Verordnung (EG) Nr. 988/2009, ABl. Nr. L 284 vom 30. Oktober 2009, S. 43.

8 Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 284 vom 30. Oktober 2009, S. 1.

9 Siehe im Detail Artikel 2 der VO 883/2004.

10 Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. November 2010 zur Ausdehnung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 auf Drittstaatsangehörige, die ausschließlich aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit nicht bereits unter diese Verordnungen fallen, ABl. Nr. L 344 vom 29. Dezember 2010, S. 1.

11 Nach Artikel 17 der VO 883/2004.

12 Voraussetzung für den Anspruch auf Sachleistungen ist eine Eintragung beim Wohnsitzträger mit dem Formular PD S1, ausgestellt vom zuständigen Krankenversicherungsträger.

13 Nach Artikel 19 der VO 883/2004.

14 Voraussetzung für den Anspruch auf Sachleistungen ist die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK), die auf der Rückseite der e-card angebracht ist, beim Arzt oder im Krankenhaus.

15 Nach Artikel 20 der VO 883/2004.

und die Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraumes gewährt werden kann. Wurde die Genehmigung erteilt, trägt die Kosten für die Krankenbehandlung der zuständige Krankenversicherungsträger.¹⁶

2.3. Möglichkeit der Kostenerstattung

Kommt es – aus welchen Gründen auch immer¹⁷ – bei der Inanspruchnahme von Krankenbehandlungsleistungen zu keiner Kostenübernahme durch den zuständigen Träger, sieht die Durchführungsverordnung 987/2009 die Möglichkeit der nachträglichen Kostenerstattung vor.

Es sind drei unterschiedliche Wege der Kostenerstattung vorgesehen:¹⁸

1. Erstattung durch den **Träger des Aufenthaltsortes** in der Höhe der Erstattungssätze, die für den **Aufenthaltort** gelten.
2. Erstattung durch den **zuständigen Träger** in der Höhe der Erstattungssätze, die für den **Aufenthaltort** gelten.
3. Erstattung durch den **zuständigen Träger** in der Höhe der Erstattungssätze, **die für den zuständigen Träger gelten.**

Für die Kostenerstattung im Fall einer geplanten – und genehmigten – Behandlung gelten grundsätzlich auch diese drei Erstattungsvarianten, wobei die dritte Variante (eine Erstattung durch den zuständigen Träger nach den Sätzen des zuständigen Trägers) immer dann zu erfolgen hat, **wenn diese Sätze höher sind als die Erstattungssätze des Aufenthaltsortes.** Reisekosten sind dann zu ersetzen, wenn dies nach dem Recht des zuständigen Trägers vorgesehen ist.

3. EuGH-Rechtsprechung zu den Grundfreiheiten im Bereich der sozialen Sicherheit

Dieses System, das nun mit der VO 883/2004 etabliert ist (v. a. die Vorschriften über geplante Behandlungen und über die Kostenerstattung), bildet zum großen Teil die seit Mitte der 90-er Jahre immer detailliertere und vom Anwendungsbereich her ausgedehnte Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zur Anwendung der Grundfreiheiten – allen voran der Dienstleistungsfreiheit – auf den Bereich der sozialen Sicherheit und des Gesundheitsbereiches ab.



© Aamon - Fotolia.com

Der EuGH hat dabei aus dem Primärrecht – oftmals ohne viel Rücksicht auf das bestehende Sekundärrecht – ein System des Anrechts auf grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen entwickelt. Die wichtigsten Leitentscheidungen werden im Folgenden kurz dargestellt.¹⁹

3.1. Soziale Sicherheit und die Grundfreiheiten

1998 hat der EuGH in den Entscheidungen *Kohll* und *Decker*²⁰ erstmals ausgesprochen, dass auch für Regelungen im Bereich der sozialen Sicherheit die Grundsätze des **freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit** zu beachten sind.

Auch wenn nach den nationalen Vorschriften oder nach den Verordnungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit eine Kostenübernahme nicht vorgesehen ist oder die Bedingungen nicht erfüllt sind, müssen die Kosten für im Ausland erbrachte Gesundheitsleistungen grundsätzlich erstattet werden. In den folgenden Jahren hat der EuGH das System verfeinert. Für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen darf nur in Ausnahmefällen eine Genehmigung vorgesehen werden.²¹ Eine Genehmigung – und damit eine Einschränkung der Dienstleistungsfreiheit – kann nur durch folgende Gründe gerechtfertigt sein:

1. Die Vermeidung einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit,
2. das Ziel, eine ausgewogene, allen zugängliche klinische und ärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten und

Auch im Bereich der sozialen Sicherheit sind die Grundsätze des freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit zu beachten.

¹⁶ Im Behandlungsmittgliedstaat ist das Formular PD S 2 – ausgestellt vom zuständigen Krankenversicherungsträger – vorzulegen.

¹⁷ Z. B. weil die notwendigen Formulare oder die EKVK nicht (rechtzeitig) vorgelegt werden oder eine Behandlung als Privatleistung verrechnet wurde.

¹⁸ In Artikel 25 und 26 der VO 987/2009.

¹⁹ Für eine ausführliche Darstellung siehe Felix, a. a. O., S. 387 ff.

²⁰ EuGH 28. April 1998, Rs C-120/95 und Rs C-158/96, Decker und Kohll.

²¹ Erstmals judiziert in den Rechtssachen Geraets-Smits und Peerbooms, EuGH 12. Juli 2001, Rs-C 157/99 und Vanbraekel, EuGH 12. Juli 2001, Rs C-368/98; später – die Judikaturlinie zusammenfassend – in EuGH 16. Mai 2006, Rs C-372/04, Watts.

3. das Ziel der Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung oder eines bestimmten Niveaus der Heilkunde im Inland.

Hat der EuGH ursprünglich nur für **Fälle der stationären Anstaltspflege** im Ausland das Erfordernis einer Genehmigung gelten lassen, hat er jüngst auch für **hochspezialisierte und kostenintensive Leistungen außerhalb des stationären Bereichs** die genannten Voraussetzungen bejaht.²² Zur Kostenerstattung hat der EuGH ausgesprochen, dass diese in jener Höhe zu leisten ist, die bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland zugestanden wäre.²³

4. Entstehungsgeschichte der Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Ein (großer) Teil der Rechtsprechung ist bereits in die VO 883/2004 eingegangen (z. B. die Kostenerstattungsregeln), ein Teil war sekundärrechtlich noch ungeregelt. Es gab schon im Laufe der Verhandlungen zur Dienstleistungsrichtlinie²⁴ den Versuch, auch Gesundheitsdienstleistungen einem einheitlichen sekundärrechtlichen Regelungsregime zu unterstellen. Aufgrund der Besonderheit von Gesundheitsdienstleistungen wurde davon abgesehen und die Europäische Kommission hat im Juli 2008 einen eigenen Richtlinien-Vorschlag für die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung vorgelegt.²⁵

Die Initiative wurde sehr kontrovers diskutiert, v. a. die Positionen des Europäischen Parlaments und des Rates waren in vielen Punkten sehr unterschiedlich, sodass der Rat erst zwei Jahre später mit qualifizierter Mehrheit einen gemeinsamen Standpunkt verabschiedet hat.²⁶

Im Dezember 2010 konnte die belgische Präsidentschaft einen Kompromiss mit dem Europäischen Parlament erzielen. Das Europäische Parlament hat dem Kompromisstext am 19. Jänner 2011 zugestimmt, der Rat hat ihn – wie bereits erwähnt – am 28. Februar 2011 beschlossen.

4.1. Hauptstreitpunkte

Der lange Diskussionsprozess zwischen den Mitgliedstaaten einerseits und der Europäischen Kommission und dem Europäischen Parlament andererseits liegt in deren unterschiedlichen Erwartungshaltungen begründet. Während die Mitgliedstaaten im Wesentlichen sekundärrechtlich nur regeln wollten, was der EuGH in seiner Judikatur grundsätzlich festgelegt hat, wollte die Europäische Kommission und das Europäische Parlament die Richtlinie nutzen, um weitergehende Rechte für Patient(inn)en zu schaffen und auch umfangreiche Zusammenarbeitsbestimmungen festzulegen. Ein Hauptaugenmerk lag auch auf der möglichst klaren Abgrenzung zu den bereits bestehenden Regelungen der VO 883/2004 und der VO 987/2009.

Zur Kostenerstattung hat der EuGH ausgesprochen, dass diese in jener Höhe zu leisten ist, die bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland zugestanden wäre.



²² EuGH 5. Oktober 2010, Rs C-512/08.

Europäische Kommission gegen Frankreich.

²³ EuGH 13. Mai 2003, Rs C-385/99, Müller-Fauré und van Riet.

²⁴ Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 12. Dezember 2006 über Dienstleistungen im Binnenmarkt, ABl. Nr. L 376 vom 27. Dezember 2006, S. 36.

²⁵ KOM 2008/414 endgültig; zu finden unter http://ec.europa.eu/prelex/detail_dossier_real.cfm?CL=de&DosId=197193.

²⁶ Standpunkt (EU) Nr. 14/2010 des Rates in erster Lesung im Hinblick auf die Annahme einer Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, vom Rat am 13. September 2010 angenommen, ABl. Nr. C 275E vom 12. Oktober 2010, S. 1.

5. Inhalt der Richtlinie

Wie bereits erwähnt, sind große Bereiche der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen bereits in den Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO 883/2004 und VO 987/2009) geregelt. **Ungeregelt** waren nur mehr jene Fälle, in denen Personen **ohne vorherige Genehmigung** zum Zweck der Inanspruchnahme einer Krankenbehandlung ins Ausland reisen (sogenannte **elektive Behandlungen**).

5.1. Grundsatz

Die Richtlinie legt nun den Grundsatz fest, dass Versicherte bzw. anspruchsberechtigte Angehörige in einem anderen Mitgliedstaat **ohne vorherige Genehmigung** nach den dortigen Regeln **Gesundheitsdienstleistungen** in Anspruch nehmen können.

Sie erhalten dafür eine **Kostenerstattung** von ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger in Höhe der **innerstaatlich vorgesehenen Erstattungssätze**.

5.2. Diskriminierungsfreier Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen

Der Mitgliedstaat, in dem die Gesundheitsdienstleistung erbracht wird (Behandlungsmitgliedstaat), hat den Zugang zu seinem Gesundheitssystem in nichtdiskriminierender Weise zu gewähren.²⁷

Einschränkungen sind nur aus den vom EuGH anerkannten Gründen möglich (erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit, Planbarkeit im Hinblick auf das Ziel einer ausgewogenen, allen zugänglichen klinischen und ärztlichen Versorgung und die Erhaltung eines bestimmten Umfangs der medizinischen und pflegerischen Versorgung). Bei Bedarf ist daher eine **Lenkung ausländischer Patientenströme** möglich.

Der Behandlungsmitgliedstaat hat weiters über Behandlungsmöglichkeiten, Qualitätsstandards und Leitlinie zu informieren und auch ein Schadenersatzverfahren bei Fehlern oder Schäden einzurichten.

5.3. Nationale Kontaktstellen

Die Mitgliedstaaten haben nationale Kontaktstellen einzurichten,²⁸ die einerseits die Informationspflichten der Mitgliedstaaten wahrnehmen und andererseits mit den anderen Kontaktstellen und der Kommission zusammenarbeiten sollen.



© Dron - Fotolia.com

5.4. Kostenerstattung

Der Mitgliedstaat, in dem eine Person versichert ist (Versicherungsmitgliedstaat), hat grundsätzlich die Kosten einer Behandlung im Ausland zu erstatten. Er muss die Versicherten über ihre Ansprüche, über die Verfahren zur Geltendmachung der Ansprüche, über die Kostenerstattung und über Rechtsmittel informieren.²⁹

Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch³⁰ ist, dass der Versicherte auf die betreffende Leistung im Inland Anspruch hat (die Leistung also im nationalen Leistungskatalog vorgesehen ist). Der Versicherungsmitgliedstaat hat einen transparenten Leistungskatalog mit Erstattungssätzen festzulegen. Der Versicherungsmitgliedstaat erstattet die **Kosten maximal bis zu der Höhe**, die er für eine Leistungserbringung **im Inland** gezahlt hätte.

Die Mitgliedstaaten **können** sich jedoch entscheiden, die **gesamten Kosten** zu tragen, auch Reisekosten oder Extrakosten von behinderten Personen.

5.5. Vorabgenehmigung bei stationären und spezialisierten Behandlungen

Die Kostenübernahme darf nur in Ausnahmefällen von einer vorhergehenden **Genehmigung** abhängig gemacht werden.³¹

Die Fälle, in denen eine Genehmigung verlangt werden darf, sind sehr eingeschränkt; überdies muss es ein transparentes Genehmigungsverfahren mit entsprechenden Fristen und Rechtsmittelmöglich-

Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme selektiver Behandlungen und deren Kostenerstattung.

²⁷ Artikel 4 der Richtlinie.

²⁸ Artikel 6 der Richtlinie.

²⁹ Artikel 5 der Richtlinie.

³⁰ Die Grundsätze der Kostenerstattung sind in Artikel 7 der Richtlinie festgelegt.

³¹ Artikel 8 der Richtlinie.



© Andrey Rakhmatullin - Fotolia.com

Die nationalen Kontaktstellen bieten Informationen für Patienten/innen und Versicherte.

keiten geben. Eine Vorabgenehmigung kann verlangt werden für:

- stationäre Krankenhausbehandlung oder
- ambulante Behandlung, die hochspezialisierte und kostenintensive medizinische Infrastruktur und Ausrüstung erfordert.

Die Genehmigung darf verweigert werden,

- wenn die geplante Behandlung nicht Teil der Leistungen ist, die im Versicherungsmitgliedstaat vorgesehen sind, oder
- die Behandlung innerhalb eines in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums im Versicherungsmitgliedstaat gewährt werden kann.

Weiters darf eine Genehmigung verweigert werden,

- bei Behandlungen, die ein besonderes Risiko für die Patient(inn)en oder die Bevölkerung darstellen, oder
- wenn Bedenken gegen den Gesundheitsdienstleisters, in Bezug auf Einhaltung der Qualitätsstandards bestehen.

Der Versicherungsmitgliedstaat kann seinen Versicherten ein **Vorinformationssystem**³² anbieten, wie hoch in einem konkreten Fall die Kostenerstattung voraussichtlich sein wird. Die Mitgliedstaaten können sich überdies auf freiwilliger Basis entscheiden, auf Leistungen aufgrund dieser Richtlinie das Direktverrechnungssystem, wie in der VO 883/2004 festgelegt, anzuwenden.³³

5.6. Anerkennung von Arzneimittelverschreibungen

Verschreibungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten aus anderen Mitgliedstaaten sind grundsätzlich anzuerkennen.³⁴

5.7. Zusammenarbeitsbestimmungen

Weiters enthält die Richtlinie Bestimmungen zur Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bzw. Bestimmungen zur Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten mit der Europäischen Kommission sowie Absichtserklärungen zum Aufbau eines europäischen Referenznetzwerkes und eines elektronischen Gesundheitsaktes.³⁵

5.8. Ausgenommene Bereiche

Die Richtlinie gilt **nicht**³⁶ für den Bereich der **Langzeitpflege**, für die Zuteilung und den Zugang zu Organen zum Zweck der **Organtransplantation** sowie für öffentliche **Impfprogramme**. In diesen Bereichen sind daher die genannten Regeln nicht anwendbar und es kann innerstaatlich der Zugang und die Kostentragung abweichend festgelegt werden.

6. Vor- und Nachteile der neuen Richtlinie

Intention war es, mit der Richtlinie Rechtssicherheit für alle Beteiligten im Bereich der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen zu schaffen. Die explizite Festlegung der vom EuGH aufgestellten Grundsätze ist in diesem Zusammenhang positiv hervorzuheben. Allerdings enthält die Richtlinie sehr viele „Kann-Bestimmungen“ und untergräbt damit das ursprünglich angestrebte Ziel der Schaffung von Rechtssicherheit. Welchen Stellenwert diese Kann-Bestimmungen für die Umsetzung der Richtlinie in das nationale Recht der 27 Mitgliedstaaten haben werden, kann wohl wieder nur durch Entscheidungen des EuGH geklärt werden.

Für Versicherte und Patienten sollten sich jedenfalls die Informationsmöglichkeiten verbessern. Es wird mit den nationalen Kontaktstellen zentrale Anlaufstellen geben, die sowohl Versicherten (Genehmigungsverfahren, Erstattungssätze, Rechtsschutzverfahren) als auch Patient(inn)en (Behandlungsmöglichkeiten, Gesundheitsdienstleistungsanbieter, Behandlungshonorare) transparent Auskunft geben.

32 Artikel 9 der Richtlinie.

33 D. h., die Patienten müssten die Kosten einer Behandlung nicht zuerst selbst auslegen, sondern würden die Behandlungen ohne Vorleistung auf Kosten ihres Krankenversicherungsträgers erhalten. Wie diese Regelung in der Praxis umgesetzt werden könnte, ist jedoch vollkommen unklar.

34 Artikel 11 der Richtlinie.

35 Artikel 10 und 12 ff. der Richtlinie.

36 Artikel 1 Z 3 der Richtlinie.



7. Auswirkungen auf Österreich

Ein Großteil der in der Richtlinie festgelegten Regelungen zur Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen ist in Österreich schon geltendes Recht.

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Wahlärzt(inn)en und anderen Wahlbehandlern ist in Österreich nicht nur auf das Inland beschränkt, sondern gilt auch für Auslandsbehandlungen. Die Kostenerstattung erfolgt in Form und Höhe unabhängig davon, ob eine Behandlung im Inland oder Ausland durchgeführt wurde. Auch für stationäre Behandlungen in ausländischen Wahlkrankenhäusern erhält der Versicherte einen Pflegekostenzuschuss in gleicher Höhe wie bei stationären Behandlungen in inländischen Wahlkrankenhäusern. Ebenso gibt es ein Verfahren zur Genehmigung von Behandlungen im Ausland (bereits seit der VO 1408/71 geltendes Recht), das ebenso zur Anwendung gelangen kann, mit klaren Fristen und Rechtsschutzverfahren.

ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren einzuführen, ist eine politische Frage, die vom zuständigen Gesundheitsministerium zu entscheiden sein wird. Neu einzurichten sind auf jeden Fall eine oder mehrere nationale Kontaktstellen, wobei derzeit noch nicht entschieden ist, wer diese Aufgabe übernehmen wird. In diesem Zusammenhang wird es auch zu einer Evaluierung der bisher bereitgestellten Informationen kommen, um transparente und richtige Auskünfte erteilen zu können.

8. Resümee

Auch nach der Umsetzung der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird sich weder für das österreichische Gesundheitssystem noch für österreichische Versicherte viel ändern. Dies liegt zum einen daran, dass die Richtlinie nur der jüngste Teil im engmaschigen europäischen System für die Absicherung im Krankheitsfall und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in

Die Richtlinie ist der jüngste Teil im engmaschigen europäischen System für die Absicherung im Krankheitsfall.

Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland			Verordnungen 883/2004	Richtlinie	EuGH.-Rspr.
Heilmittel, Heilbehelfe	z. B. Brillen, Prothesen, größere Hilfsmittel		Sachleistungen (Sonderregel für Sachleistungen von erheblicher Bedeutung nach Art. 33 VO 883/2004)	geplante nicht stationäre Behandlung – keine vorherige Genehmigung	Kohll & Decker
Ambulante Behandlung	ungeplant		EKVK	fällt nicht in Anwendungsbereich	
	geplant	spezialisiert	vorherige Genehmigung (zu erteilen, wenn Behandlung nicht innerhalb medizin. vertretbarer Zeit gewährt werden kann)	vorherige Genehmigung	C-512/08, 5.10.2010 EK vs. Frankr.
nicht spezialisiert		keine vorherige Genehmigung erforderlich			
Stationäre Behandlung	ungeplant		EKVK	Fällt nicht in Anwendungsbereich	
	geplant		vorherige Genehmigung (Bedingungen wie oben)	vorherige Genehmigung (wie in der VO)	

Quelle: Europäische Kommission

Eine vorherige Genehmigung gem. der VO ist immer erforderlich, aber es wird sichergestellt, dass jene Regeln der Kostenerstattung zur Anwendung kommen, die für den Versicherten günstig sind.

Nach der Richtlinie Erstattung nur des jeweils gültigen Tarifs des Versicherungsmitgliedstaates.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der Umsetzungsbedarf durch die Richtlinie und damit die Auswirkungen auf das österreichische Sozialversicherungssystem eher gering sein werden. Inwieweit die Richtlinie zum Anlass genommen wird, auch einige der Kann-Bestimmungen umzusetzen und so z. B. höhere Erstattungssätze oder

einem anderen EU-Mitgliedstaat ist. Zum anderen ist gerade in Österreich ein Großteil der Vorgaben des Europäischen Gerichtshofs für elektive Behandlungen im EU-Ausland bereits umgesetzt. Die „freie Arztwahl in Europa“ ist mit den neuen Bestimmungen genauso nah oder fern wie vor der neuen Richtlinie.