

**Stellungnahme der Republik Österreich
zur Mitteilung der Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der
Gesundheitsdienstleistungen“**

1. Allgemeines:

Mobilität von Patienten und von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der EU betrifft alle EU-Gesundheitssysteme gleichermaßen, eine gemeinsame Lösung auf möglichst breiter Basis im Sinne der notwendigen Rechtssicherheit ist daher nötig.

Durch die Ausnahme der Gesundheitsdienstleistungen vom Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie (RL 2006/123/EG) [ABl. 2006/376, S. 36ff] erscheint es geboten, einen Rechtsrahmen zu schaffen, der die Voraussetzungen und Bedingungen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen festlegt. Dabei ist von der Definition in Art. 2 Abs. 2 lit. f (und Erwägungsgrund 22)

Dienstleistungsrichtlinie auszugehen. Die Bestimmungen der Dienstleistungsrichtlinie über die Wahrnehmung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs sind nicht anwendbar.

Die umfangreiche Rechtsprechung des Gerichtshofes zu Beschränkungen dieser Grundfreiheiten, insbesondere durch Genehmigungserfordernisse im Falle der Kostenerstattung für Gesundheitsdienstleistungen, die in einem anderen als dem Versicherungsstaat in Anspruch genommen werden, zeigt Handlungsbedarf der Gemeinschaftsorgane im Hinblick auf eine Kodifikation auf.

Die Initiative der Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen ist daher richtig und wichtig: zum einen, um den Unionsbürgern als mobile Patienten zu ermöglichen, die ihnen aus dem EGV zustehenden Rechte ohne Einschränkung in Anspruch nehmen können, zum anderen um deutlich zu zeigen, dass sich die Gemeinschaft verschiedener Probleme annimmt, die die Bürger direkt betreffen, wodurch der hohe Stellenwert, welchen die europäischen Bürger ihrer Gesundheit beimessen, bekräftigt wird.

Betont werden muss, dass Gesundheitsdienstleistungen als fester Bestandteil des Europäischen Gesellschafts- und Sozialmodell zu qualifizieren sind und ihnen daher ein besonderer Stellenwert in der EU zukommt.

Als Dienstleistungen von allgemeinem und allgemeinem wirtschaftlichem Interesse – Leistungen der Daseinsvorsorge – gründen Gesundheitsdienstleistungen mitunter auf dem Solidaritätsprinzip, sind individuell auf den Einzelnen zugeschnitten, ermöglichen es dem Unionsbürger, seine im EG-Vertrag und in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union garantierten Grundrechte wahrzunehmen und gleichzeitig in den Genuss eines hohen Sozialschutzniveaus zu gelangen. Ferner verstärken Gesundheitsdienstleistungen als Dienstleistungen von allgemeinem und allgemeinem wirtschaftlichem Interesse den sozialen und territorialen Zusammenhalt in der EU.

Österreich hat seit jeher – auch und insbesondere im Rahmen der Regierungskonferenz zum Verfassungsvertrag – die Besonderheiten der Leistungen der Daseinsvorsorge hervorgehoben und deren Berücksichtigung im Rahmen der Gemeinschaftspolitik gefordert. Österreich möchte daher auch an dieser Stelle darauf hinweisen, dass neben der Herstellung von Klarheit und Sicherheit in der

Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf Gesundheitsdienste und Gesundheitsversorgung gleichrangig und gleichwertig die besonderen Charakteristika der Daseinsvorsorge sichergestellt werden müssen, die darauf abzielen, ein ausreichendes, ausgewogenes und ständiges Angebot einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und das finanzielle Gleichgewicht der Systeme der sozialen Sicherheit zu garantieren.

Frage 1: Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung, und wie könnte dies sich weiterentwickeln?

Frage 2: Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z. B. Behörden, Dienstleistungserbringer und -erwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland („Patientenmobilität“) umfasst derzeit hauptsächlich die Akutbehandlung der sozialversicherten Patienten/innen bei Urlaubsreisen und dergleichen. Nur in seltenen Fällen wird eine geplante Krankenbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat durchgeführt; diese erfolgt, wenn etwa die erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten im Inland fehlen. Das gilt sowohl für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung österreichischer Patienten in einem anderen Mitgliedstaat als auch für andere Mitgliedstaatsangehörige in Österreich. Die österreichischen Importe/Exporte von Gesundheitsdienstleistungen lagen in den letzten Jahren etwa bei 1% der gesamten Wertschöpfung im Gesundheitsbereich. Ausgehend von der Erweiterung der Gemeinschaft und der allgemeinen Zunahme der Mobilität der Bürger/innen ist aber in Zukunft von einer Steigerung auszugehen, die sich durchaus auf die Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit des österreichischen Systems der gesundheitlichen Versorgung auswirkt.

Obzwar der Umfang der Leistungserbringung für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen der Patientenmobilität gegenwärtig noch gering ist), müssen jetzt schon erhebliche Probleme bei der Kosten(rück)erstattung für diese Leistungen bemerkt werden: Nicht nur die zeitlich lange Dauer einer Kostenrefundierung durch ausländische Versicherer (oft bis zu mehrere Jahre) stellt die Träger von Krankenanstalten vor Probleme, sondern auch die Tatsache, dass in der Regel keine Vollkosten, d.h. dem tatsächlichen Wert der Leistung entsprechende Beträge, erstattet werden. Nach der Judikatur des EuGH müssen die Kosten einer stationären Versorgung nur mindestens bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde. Kostentransparenz unter Berücksichtigung der Maastricht-Kriterien sind jedoch wesentliche Parameter für die Planung einer nachhaltigen Finanzierung von Gesundheitssystemen und müssen à la longue von allen Mitgliedstaaten berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass im Rahmen der Diskussion auch eine gesamteuropäische Lösung für diese Abrechnungsproblematik gefunden wird.

Österreich plädiert dafür, eine derartige Regelung in die Durchführungs- VO zur VO 883/2004, die derzeit im Rat verhandelt wird, aufzunehmen. Dabei soll der Rechtsprechung des Gerichtshofes Rechnung getragen und bisherige Überlegungen berücksichtigt werden. Klar sein sollte, dass die Rahmenbedingungen (z.B. Genehmigungsverfahren, Zuweisung durch Allgemeinmediziner zum Facharzt etc.) vom nationalen Gesetzgeber zu regeln sind. Eine zukünftige Bestimmung hat nur an solchen nationalen Regelungen anzusetzen und regelt ausschließlich die Frage der Kostenerstattung, die überwiegend dem Bereich der sozialen Sicherheit zuzurechnen ist (bei selbigem steht der Einsatz von Mittel der Krankenversicherung im Zentrum).

Qualität und Information:

Ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem ist in jedem Mitgliedstaat erstrebenswert. Daher sollte darauf geachtet werden, dass nicht mit dem Hinweis auf die Rechtssicherheit, die verbesserte Information und die Patientenrechte, der - ohnedies an die Vorgaben des Gemeinschaftsrechts gebundene - Spielraum der Mitgliedstaaten für nationale Regelungen weiter eingeengt wird. Dabei dürfen die nationalen Instrumentarien zur Planung des Gesundheitssystems, die auf die Erhaltung einer ökonomischen Ausgewogenheit und Qualität im Gesundheitswesen abzielen, nicht durch europarechtliche Maßnahmen unterlaufen werden.

Validierte Informationen darüber, was wo und von wem angeboten wird, sind sowohl für Anbieter/innen als auch Nachfrager/innen von Gesundheitsdienstleistungen unabdingbar. Inwieweit eine Behördenkooperation vergleichbar mit den in der Richtlinie zu Dienstleistungen im Binnenmarkt verankerten Grundsätzen zweckdienlich wäre, ist kritisch zu prüfen. Eine kostengünstige Form der Bereitstellung von Informationen an die allgemeine Öffentlichkeit (Anbieter und Nachfrager) ist über die bestehende Struktur des Health Portal der GD SANCO gegeben.

Frage 3: Welche Bereiche (z. B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollten in die Zuständigkeit der Behörden welchen Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei den verschiedenen in Abschnitt 2.2 oben genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung?

Aufsicht, Schadenersatz – und Haftungsfragen, ebenso wie Aufklärungsregelungen und die Modalitäten der Einholung von Einverständniserklärungen von Patienten/innen zu Behandlungen haben sich nach dem Recht des Landes zu richten, in dem die Dienstleistungserbringung erfolgt. Eine Angleichung der nationalen Rechtsvorschriften ist daher keinesfalls wünschenswert, die Festschreibung des Prinzips an sich trägt voraussichtlich zur Rechtssicherheit bei.

Es ist z.B. medizinischem Personal nicht zumutbar und daher unverhältnismäßig, die rechtliche Situation in den vorgenannten Bereichen in den übrigen 26 Mitgliedstaaten zu kennen. Außerdem begibt sich der Patient/die Patientin freiwillig in die Behandlung in einem anderen MS und hat sich daher als mündiger Patient/mündige Patientin über die Gegebenheiten im Gastland zu informieren.

Für den Bereich der erst jüngst geänderten EU- Diplomanerkennungsrichtlinie besteht kein weiterer legislativer Handlungsbedarf, wesentlich ist nun die Umsetzung.

Klargestellt zu werden hat, dass für die Rechtmäßigkeit und Erlaubtheit des Anbietens und Erbringens von Gesundheitsdienstleistungen die nationalen Regelungen des MS, in dem die Gesundheitsdienstleistungen angeboten und erbracht werden, gelten. So gibt es Gesundheitsberufe, die in einzelnen MS rechtmäßig ausgeübt werden dürfen, in anderen MS aber nicht vorgesehen und anderen Berufsgruppen vorbehalten sind.

Frage 4: Wer sollte dafür zuständig sein, die Sicherheit bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?

Fragen im Falle einer Schädigung bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sind komplex und bedürfen mit Sicherheit eingehender Überlegungen, wobei vorrangig an die einschlägigen Bestimmungen des Internationalen Privatrechts (Rom I und II) anzuknüpfen ist.

Wie bereits dargelegt, sollte allerdings für alle Arten grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen die Rechtsordnung des Staates in welchem die Dienstleistung erbracht wird, anwendbar sein. Das gilt auch für Regime zur Gewährleistung von Patientensicherheit einschließlich Streitschlichtungs- und Entschädigungssystemen.

Nach der österreichischen Rechtsordnung können Ansprüche von Patienten/innen, die durch ärztliche Behandlungsfehler oder Unterlassung Schaden erleiden, im Rahmen des Zivilrechts (Schadenersatzrecht) bei Gericht geltend gemacht werden.

Zusätzlich sind in allen Österreichischen Bundesländern Patientenanwaltschaften als Serviceeinrichtungen von Gesetzeswegen eingerichtet, die versuchen, dem geschädigten Patienten zu seinem Recht zu verhelfen.

Auf Basis der österreichischen Erfahrung ist es daher wünschenswert, dass in jedem Mitgliedstaat der Europäischen Union jedenfalls entsprechende Schadenersatzansprüche bestehen und diesbezüglich auch bei den jeweiligen nationalen Gerichten oder Behörden effektiv geltend gemacht werden können, dies gilt insbesondere für grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Leistungen. Damit wird auch zu einer entsprechenden Absicherung der Patientenrechte beigetragen.

Frage 5: Welche Maßnahme ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten mit der Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung für alle vereinbar ist (beispielsweise, durch Kostenerstattung für deren Behandlung in den „Aufnahmeländern“)?

Siehe Bemerkungen unter Frage 2

Auf die Problematik der Organtransplantationen ist aus österreichischer Sicht besonders hinzuweisen: Länder, die die Widerspruchsregelung in ihrem Recht verankert haben – wie Italien, Spanien, Ungarn und eben auch Österreich – stehen Mitgliedstaaten gegenüber, die eine Zustimmungsregelung vorsehen. Die Konsequenzen aus diesem systemischen Unterschied liegen auf der Hand: das Organaufkommen ist in diesen Ländern nachweislich höher, was in der Folge einen „Transplantationstourismus“ zulasten der selbstversorgenden Länder erzeugt und mit Sicherheit zu ernstesten Diskussionen über Inländer-Diskriminierung führt.

Fragen 6: Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern anbelangt, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind ?

und

Frage 7: Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- oder Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere welche Verbesserungen zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung schlagen die Akteure vor, die unmittelbar an der Versorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind – beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?

Zu ethischen Fragen:

Es bleibt unklar, welche Gedanken die Kommission in diesem Punkt verfolgt. Erinnert werden darf daran, dass es den Mitgliedstaaten nach geltendem Gemeinschaftsrecht frei steht, zu entscheiden, welche Leistungen im Gesundheitsbereich – aufgrund von ethischen Überlegungen – angeboten und erbracht werden dürfen. U. a. auf Grund von ethischen – aber mitunter auch anderen – Überlegungen gibt es eine Reihe von Gesundheitsdienstleistungen (in der Mitteilung angeführt), die in den Mitgliedsstaaten unterschiedlich geregelt sind (z. T. verboten, eingeschränkt zugelassen, nicht geregelt, nicht oder nur teilweise finanziert, etc.). Hinsichtlich der Rückvergütung durch den Krankenversicherungsträger der/des Gastpatient/in wird auf den nationalen Leistungskatalog dieses Versicherungsträgers abzustellen sein. Das heißt, dass Leistungen, die im Leistungskatalog des Krankenversicherungsträgers des/der Gastpatient/in nicht enthalten sind, im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit nicht der Rückerstattung unterliegen sollen.

Zu anderen Bereichen:

Derzeit sieht Österreich keine spezifischen Themen, die in einer Regelung angesprochen werden sollten, solche könnten allerdings im Zuge der Konsultation aufgezeigt werden und sind dann zu diskutieren.

Frage 8: In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb dieser Systeme zu fördern? Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?

Gemeinschaftsmaßnahmen, die etwa die Einführung eines Systems zur regelmäßigen Bewertung und Evaluierung der Gesundheitsdienstleistungen in Form der offenen Koordinierung zum Inhalt haben, werden abgelehnt. Maßnahmen, die auf Benchmark-Vergleiche bzw. best-practice Beispiele hinauslaufen, werden unterstützt.

Foren zum Austausch wissenschaftlicher Informationen zwischen den Mitgliedstaaten können einen Mehrwert bieten und zu kongruenten Überlegungen bei Problemlösungen beitragen. Informationen und best practice Methoden sollen veröffentlicht und europaweit zugänglich gemacht werden. Eine weitere Maßnahme wäre die Sammlung, strukturierte Aufbereitung und Zur-Verfügung-Stellung maßgeblicher Daten, sowohl was medizinische Fragen als auch was Patient/innenbewegungen in Europa betrifft.

Österreich vermeint auch, dass die europäische Kooperation bei EU-Zentren für seltene Krankheiten wertvoll sein könnte. Dort liegt wahrscheinlich für die kleinen und mittelgroßen EU-Länder ein echter Beitrag zur Entlastung der nationalen Gesundheitssysteme.

Österreich sieht aber auch die praktischen Probleme in der Realisierung solcher Zentren, weshalb realistischerweise als 1. Schritt der Ausbau und die Unterstützung europäischer wissenschaftlicher Netze in diesem Bereich und die Förderung der Forschung das Ziel sein soll.

Die Kofinanzierung derartiger Initiativen wird aus Mitteln des neuen 7. Rahmenprogramms FTE zu bedecken sein.

Frage 9: Welche Instrumente wären geeignet, um die verschiedenen Fragen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene anzugehen? Welche Fragen sollten durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften und welche durch nichtlegislative Mittel geregelt werden?

Legistische Maßnahmen:

- Kodifizierung von Fragen der Kostenerstattung im Rahmen der Durchführungs- VO zur VO 883/2004
- Festschreiben der „Spielregeln“/des Prinzips im Zusammenhang mit den unter Frage 3 erwähnten Bereichen

Nichtlegistische Maßnahmen:

Siehe Frage 8

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.