



Positionierung zur Neuregelung der europäischen



GESUNDHEITS 
SOZIALPLANUNG

StaDt  Wien

Wien ist anders.

Es wurde auf geschlechtsneutrale Bezeichnungen, Symbole und Darstellungen geachtet. Sollte in diesem Zusammenhang nur die männliche bzw. nur die weibliche Form dafür verwendet worden sein, so gilt sinngemäß die entsprechend andere Form.

Es wird darauf hingewiesen das kein Einfluss auf die Inhalte und Aussagen von Internetverweisen genommen werden kann.

Herausgeber: Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung
A-1080 Wien, Buchfeldgasse 6

Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmittel
U-Bahn Linie U2, Station Rathaus
Straßenbahn Linie 2, Station Rathaus

Stand: Oktober 2011

Titelfoto: Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

Copyright 2011: Magistrat der Stadt Wien
Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung
Alle Rechte Vorbehalten

MA 24

Positionierung zur Neuregelung der europäischen PatientInnenmobilität

(Stand Oktober 2011)

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Executive Summary | 5 |
| I. Rahmenbedingungen | 8 |
| I.I. Wien als Standort für Spitzenmedizin | 8 |
| I.II. Der Weg der Richtlinie | 11 |
| I.III. Regelungsinhalte der Richtlinie..... | 15 |
| I.IV. Stand der österreichischen Umsetzung der RL 2011/24/EU | 17 |
| II. Positionen Wien..... | 18 |
| II.I. Organisation und Finanzierung | 18 |
| II.II. Erstattung von Behandlungskosten und Verrechnungsmodalitäten | 19 |
| II.III. Kontrolle der PatientInnenströme..... | 20 |
| II.IV. PatientInneninformation..... | 21 |
| II.V. Europäische Zusammenarbeit..... | 22 |
| III. Europäische Rahmenbedingungen..... | 24 |
| III.I. Primärrechtliche Grundlagen | 24 |
| III.II. Sekundärrechtliche Grundlagen..... | 30 |
| IV. EuGH Entscheidungen | 34 |
| V. Europäische Initiativen – Interinstitutioneller Werdegang | 45 |
| VI. Österreichische Rahmenbedingungen | 49 |
| VI.I. Bund | 49 |
| VI.II. Land..... | 50 |
| VI.III. Organisation und Finanzierung..... | 51 |
| VI.III.I. Rechtsträgerschaft | 51 |
| VI.III.II. Finanzierung und Planung | 52 |
| VII. Der Gesundheitssektor in Wien..... | 56 |
| VII.I. Der Wiener Krankenanstaltenverbund..... | 56 |
| VII.I.I. Organisation..... | 56 |
| VII.I.II. Versorgungsprinzip – Gleicher Zugang für Alle | 57 |
| VII.I.III. Höchste Qualität..... | 58 |
| VII.I.IV. Forschung..... | 59 |
| VII.II. Ambulante Gesundheitsdienstleistungen der MA 15 | 60 |
| VII.II.I. Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind | 60 |
| VII.II.II. Vorsorguntersuchungsstellen der MA 15 | 62 |
| VII.II.III. Impfwesen..... | 63 |
| VII.III. Wiener Gesundheitsförderung..... | 65 |

Das vorliegende Dokument wurde von der MA 24 (Gesundheits- und Sozialplanung) in Zusammenarbeit mit der MA 15 (Gesundheitsdienst der Stadt Wien), MA 27 (Europäische Angelegenheiten), MA 40 (Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht), dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der Wiener Gesundheitsförderung ausgearbeitet.

EXECUTIVE SUMMARY

Die Organisation der nationalen Gesundheitssysteme fällt zwar grundsätzlich in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, jedoch sind auch in diesem Bereich die im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), vormals Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV), verbrieften Grundfreiheiten zu berücksichtigen.¹ In den vergangenen Jahren haben mehrere Urteile des Gerichtshofes der Europäischen Union (EuGH), unter Anwendung dieser Grundfreiheiten, die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen entscheidend erleichtert.²

Daneben wird gegenwärtig die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die Verordnung Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit³ geregelt. Wobei die Stadt Wien grundsätzlich den Standpunkt vertritt, dass durch diese Verordnung die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung hinlänglich harmonisiert ist und insbesondere ein "weiterer Weg" der Behandlungskostenerstattung durch eine neue Richtlinie vermieden hätte werden sollen.⁴

Nach Ansicht der Europäischen Kommission scheinen jedoch die europäischen PatientInnenrechte hinsichtlich Klarheit und Anwendbarkeit unzureichend geregelt zu sein. Ein neuer europäischer Rechtsrahmen soll daher künftig für mehr Rechtssicherheit sorgen.

Die Stadt Wien hat sich seit Veröffentlichung des ersten Richtlinien textes, im Juli 2008, intensiv mit der gegenständlichen Richtlinie auseinandergesetzt. Besonders die Aufrechterhaltung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen europäischer

¹ Vgl. Kapitel III. Europäische Rahmenbedingungen, S. 24.

² Vgl. Kapitel IV. EuGH Entscheidungen, S. 34.

³ Vgl. Kapitel III. Europäische Rahmenbedingungen, Punkt 2. Sekundärrechtliche Grundlagen, S. 30.

⁴ Zweckmäßiger wäre es, die bestehende Verordnung über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit inhaltlich zu ergänzen. Vgl. Kapitel II., Punkt II.II. Erstattung von Behandlungskosten und Verrechnungsmodalitäten, Seite 19 und Kapitel III., Europäische Rahmenbedingungen, Punkt III.II. Sekundärrechtliche Grundlagen, S. 30.

PatientInnenmobilität und der Wahrung der nachhaltigen Planbarkeit und finanziellen Stabilität des Gesundheitssystems, ist für die Stadt Wien von großem Interesse.

Das Ausmaß der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen hält sich derzeit noch in Grenzen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass aufgrund eines neuen Rechtsrahmens die PatientInnenmobilität zunehmen und die Mitgliedstaaten mit neuen Herausforderungen konfrontieren wird. So ist in bestimmten Fällen schon jetzt der Anteil von GastpatientInnen nicht unbedeutend, etwa

- in Grenzregionen,
- bei seltenen Krankheiten,
- bei hoch spezialisierten Behandlungen (Transplantationen) und
- in Gebieten mit hohem Tourismusaufkommen.

Wien ist daher als Standort für Spitzenmedizin und aufgrund der geographischen Lage, in unmittelbarer Nachbarschaft zu den neuen Mitgliedstaaten, an der Ausgestaltung eines europäischen Rechtsrahmens, der eine faire und ausgeglichene PatientInnenmobilität in Aussicht stellt, sehr interessiert.

Aus Wiener Sicht ergeben sich folgende Anforderungen an eine europaweite Neuregelung der Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung:

- Sicherstellung der autonomen Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten zur Regelung des Gesundheitswesens im Sinne des Subsidiaritätsprinzips;
- Berücksichtigung der Sonderstellung der Gesundheitsdienstleistung als Teil der Daseinsvorsorge im Vergleich zu anderen Dienstleistungen im Lichte des europäischen Binnenmarktregimes (spezifische Sonderregelungen);
- Grundsatz der „wohnortnahen Gesundheitsversorgung“;
- Sicherstellung einer öffentlichen, solidarischen Gesundheitsversorgung;
- Kostenwahrheit – Echkostenvergütung;
- Rücksichtnahme auf die unterschiedlichen staatlichen Gesundheitsfinanzierungssysteme;

- Etablierung effizienter Verrechnungswege zwischen Gesundheitsdienstleistern, Versicherungsträgern und PatientInnen;
- Ausgewogene Aufnahmeverpflichtung von PatientInnen aus anderen Mitgliedstaaten (Schutzmechanismus);
- Regulierung der abwandernden PatientInnenströme;
- Bekenntnis der Mitgliedstaaten, für eine ausreichende medizinische Versorgung der eigenen Bevölkerung zu sorgen;
- Interoperabilität der E-Health-Systeme;
- Förderung der fakultativen europäischen Zusammenarbeit auf den Gebieten Forschung, Ausbildung und Versorgung.

I. RAHMENBEDINGUNGEN

I.I. Wien als Standort für Spitzenmedizin

Die Stadt Wien bekennt sich seit jeher zu einem System der Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau. Die Sicherstellung der besten gesundheitlichen Versorgung für alle PatientInnen, unabhängig von Einkommen, Alter, Herkunft oder Geschlecht ist eine der obersten Maxime bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen durch die Stadt Wien. In Erfüllung des öffentlichen Versorgungsauftrages⁵ werden umfassende Gesundheitsdienstleistungen in den verschiedensten Bereichen angeboten. So verfügt die Stadt Wien mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund über einen der größten Gesundheitsdienstleister in ganz Europa.⁶

Durchschnittlich werden in Wien ca. 545.000 PatientInnen im Jahr stationär behandelt. Davon werden durchschnittlich 72 Prozent (ca. 400.000) der Krankenhaus-Aufenthalte vom Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) übernommen. Rund 20 Prozent der im KAV versorgten PatientInnen haben keinen Wohnsitz in Wien. Im Bereich der spitzenmedizinischen Leistungen ist der Anteil der Nicht-Wiener-PatientInnen noch höher, so beträgt dieser bei Transplantationen rund 63 Prozent. Bei Lungentransplantationen liegt der Anteil von Nicht-Wiener-PatientInnen sogar bei ca. 80 Prozent. Ein nicht unbeträchtlicher Teil, der künftig noch größer werden könnte, entfällt dabei auf ausländische GastpatientInnen, die zumeist aus anderen europäischen Mitgliedstaaten kommen.

Auch im ambulanten Versorgungsbereich übernimmt der Gesundheitsdienst der Stadt Wien (MA 15) eine wesentliche Rolle.⁷ So werden unter anderem auf den Gebieten der Entwicklungsdiagnostik, der Gesundenuntersuchung und des Impfwesens Gesundheitsdienstleistungen angeboten.

Daneben hat die Stadt Wien mit Jahresbeginn 2009, auf Initiative der Stadträtin für Gesundheit und Soziales Mag^a. Sonja Wehsely, die Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH gegründet. Diese Gesellschaft, die zu 100 % im Eigentum der

⁵ Vgl. Kapitel VI. Österreichische Rahmenbedingungen, Punkt VI.II. Land, S. 50.

⁶ Vgl. Kapitel VII. Der Gesundheitssektor in Wien, Punkt VII.I. Der Wiener Krankenanstaltenverbund, S. 56.

⁷ Vgl. Kapitel VII. Der Gesundheitssektor in Wien, Punkt VII.II. Ambulante Gesundheitsdienstleistungen der MA 15, S. 60.

Stadt steht, vereint seit März 2009 alle bisherigen Bereiche der Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Sozialressorts und entwickelt die Aktivitäten der Gesundheitsförderung unter einem neuen Dach im Sinne einer umfassenden Public Health Strategie für die Wienerinnen und Wiener weiter.⁸

Der Bedarf der PatientInnen an medizinischen Leistungen ist im stetigen Wandel. Aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der maßgeblichen Weiterentwicklung des medizinischen Wissens und der Behandlungsmöglichkeiten (breiter Einsatz von High-Tech-Elementen) sind die Kosten in der Medizin deutlich angestiegen. Diesen Herausforderungen im Bereich Gesundheit trägt die Stadt Wien Rechnung. Die Gesundheitsausgaben der Stadt Wien erreichten im Jahr 2010 insgesamt eine Höhe von 1,672 Mrd. Euro. Damit ist eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung und eine optimale Pflege für alle Menschen in Wien gesichert.

Zu den zentralen Projekten 2010 gehörten der Baubeginn für das Krankenhaus Nord in Wien-Floridsdorf sowie die Fortsetzung der Wiener Geriatriereform (Neuerrichtung von Wohn- und Pflegeeinrichtungen).

Mit dem Wiener Spitalskonzept 2030 liegt ein bereits in Umsetzung befindliches Konzept vor. In 20 Jahren wird die Stadt Wien sieben zentrale Spitalsorganisationen haben: das Krankenhaus Hietzing, das Kaiser-Franz-Josef-Spital, das gemeinsam geführte Wilhelminenspital und Otto-Wagner-Spital, die Rudolfstiftung, das Krankenhaus Nord, das Donauspital und das AKH. Diese strukturelle Maßnahme senkt Fixstandortkosten und führt zu besseren Betriebskostenstrukturen zugunsten eines größeren Invest-Spielraumes. Fachliche Schwerpunktbildungen werden mit der Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in Einklang gebracht.

Besonders im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Österreich und im Besonderen die Stadt Wien über ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem verfügen und ein hohes medizinisches Versorgungsniveau sicherstellen. Wie eine im Rahmen des „Eurobarometer“ durch die Europäische Kommission im Jahre 2007

⁸ Vgl. Kapitel VII. Der Gesundheitssektor in Wien, Punkt VII.III. Wiener Gesundheitsförderung, S. 65.

durchgeführte europaweite Umfrage über Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege (Special Eurobarometer 283 „Health and Long-Term Care“) zeigt, sind die PatientInnen mit der österreichischen Gesundheitsversorgung sehr zufrieden. Dabei wurden in den 27 Mitgliedstaaten die BürgerInnen unter anderem über Qualität, Zugang, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit ihrer nationalen Gesundheitseinrichtungen befragt.

Gemäß dieser Umfrage bewerteten die ÖsterreicherInnen ihr Gesundheitssystem mit den besten Noten. Im europaweiten Vergleich ist das österreichische Gesundheitssystem in allen abgefragten Bereichen im Spitzenfeld zu finden. So bewerteten 92 % der befragten ÖsterreicherInnen die Qualität der österreichischen Spitäler mit „gut“. 39% der Befragten bewerteten die österreichischen Spitäler sogar mit „sehr gut“, womit Österreich europaweit unangefochten an erster Stelle liegt. Auch bei der Frage, wie verfügbar und zugänglich die österreichischen Spitäler sind, liegt Österreich europaweit an erster Stelle.

I.II. Der Weg der Richtlinie

Der erste Richtlinienvorschlag⁹ wurde von der Europäischen Kommission im Rahmen der erneuerten Sozialagenda im Juli 2008 vorgelegt.¹⁰ Wesentliche Regelungspunkte sind die PatientInnenrechte bei der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung sowie die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung.

Gemäß Art. 23d Abs. 2 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) haben die österreichischen Bundesländer mehrere, für den Bund bei den Verhandlungen in den Ratsarbeitsgruppen verbindliche, einheitliche Länderstellungen (Länderstellungen vom 6.8.2008, 2.10.2008, 5.2.2009, 16.9.2009, 11.11.2009, 28.5.2010 und vom 12.1.2011) zur Patientenmobilitätsrichtlinie abgegeben. Dabei wurden von Länderseite insbesondere folgende Forderungen gestellt:

- Wahrung der nationalen Kompetenzen im Gesundheitsbereich;
- Sicherstellung der Vollkostenerstattung und Vorauszahlungspflicht von Behandlungskosten;
- Regulierung der Aufnahme von europäischen GastpatientInnen und
- Sicherstellung eines Systems der Vorabgenehmigung bei geplanten Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat.

Das Europäische Parlament schloss seine 1. Lesung zum Richtlinienvorschlag am 23. April 2009 mit über 120 Abänderungen ab. Nach langen Diskussionen, die mehr als 17 Monate dauerten, in denen die Ratspräsidenten Frankreichs und Tschechiens den Richtlinientext weiterentwickelten und mehrere Kompromisstexte veröffentlicht wurden, hatte die schwedische Ratspräsidentin eine politische Einigung auf dem EPSCO-Rat (Rat für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz), am 1. Dezember 2009, zum Ziel.

⁹ Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM (2008) 414 endgültig.

¹⁰ Vgl. Kapitel V. Europäische Initiativen – Interinstitutioneller Werdegang, S. 45.

Unter maßgeblicher Mitwirkung der Stadt Wien wurde, für den Fall einer politischen Einigung, eine Erklärung der österreichischen Delegation für die Ratssitzung am 1.12.2009 vorbereitet.¹¹ Darin wurde vor allem die Kostenfrage von Behandlungen aus österreichischer Sicht thematisiert. Die schwedische Präsidentschaft musste jedoch das Scheitern der politischen Einigung zur Kenntnis nehmen, da sich die Mitgliedstaaten auf keinen finalen Kompromisstext einigen konnten.¹²

Die spanische Präsidentschaft hat darauf hin noch auf der Tagung des Rates im Dezember 2009 versichert, auf den Vorarbeiten Schwedens aufbauend, einen weiteren Kompromisstext auszuarbeiten. Entgegen der spanischen Ankündigung erfolgte im ersten Quartal 2010 jedoch keinerlei Befassung der Mitgliedstaaten mit neuen Kompromissvorschlägen. Erst Mitte April 2010, wenige Tage vor dem informellen Treffen der GesundheitsministerInnen in Madrid, wurde vom Ratsvorsitz ein Kompromisspapier vorgelegt. Aufgrund der Flugbehinderungen, aber auch aufgrund der spanischen Vorgangsweise, erfolgte keine inhaltliche Diskussion. In weiterer Folge ersuchte der spanische Vorsitz, Bemerkungen bzw. Änderungsanregungen, zum in der Zwischenzeit erneut geänderten Vorschlag (30. April 2010), schriftlich bis 8. Mai 2010 zu übermitteln. Österreich kam dieser Aufforderung auch nach. Aufgrund der zahlreichen Eingaben hat sich die Präsidentschaft dann kurzfristig entschlossen, das Dossier doch noch, vor der Behandlung im Ausschuss der Ständigen Vertreter (AStV) am 12. Mai, in der Ratsarbeitsgruppe zu diskutieren. Die Prüfung durch den AStV erfolgte am 19. Mai 2010.

¹¹ **Erklärung der österreichischen Delegation** - Österreich begrüßt ausdrücklich, dass die Frage der Preisfestsetzung durch die Gesundheitsdienstleistungserbringer in die Richtlinie Artikel 5 Absatz 4 Eingang gefunden hat. In Hinblick auf eine verbesserte Rechtssicherheit bedarf es aus österreichischer Sicht aber noch weiterer Klarstellungen, wenn nicht im verfügbaren Teil, doch zumindest in den Erwägungsgründen der Richtlinie. In Bezug auf Art 5 Absatz 3 1. Satz und Absatz 4 geht Österreich davon aus, dass Gesundheitsdienstleister im Falle stationärer und spitalambulanter Behandlungen jene Untersuchungs- und Behandlungskosten verrechnen können, die das Gesundheitssystem des Behandlungsmitgliedstaates für inländische Patientinnen und Patienten bei einer vergleichbaren Behandlung bezahlt und ferner dass Gesundheitsdienstleistungserbringer von Patientinnen und Patienten aus einem anderen Mitgliedstaat eine Kostenvorauszahlung verlangen können.

¹² Die weitere Vorgehensweise der Europäischen Kommission war nachdem Scheitern der schwedischen Ratspräsidentschaft unklar. Die Bandbreite reichte von einer partiellen Überarbeitung bis zur gänzlichen Neufassung des Richtlinienvorschlags. Auch ein Scheitern der Initiative wurde befürchtet. Gesundheitskommissar John Dalli hatte jedoch bei der Vorstellung seiner politischen Prioritäten und gesetzlichen Initiativen im Jänner 2010 angekündigt, gemeinsam mit der spanischen Ratspräsidentschaft das Dossier Patientenmobilität voranbringen zu wollen sowie neue Wechselwirkungen und Anreize im Cross-Border-Health Bereich zu schaffen.

Am 8. Juni 2010 konnte sich schließlich der Rat (Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz), auf der Grundlage eines Kompromissvorschlags des spanischen Vorsitzes, auf einen gemeinsamen Standpunkt hinsichtlich des gegenständlichen Richtlinienentwurfs politisch einigen.¹³ Besonders eine Regelung des Richtlinienvorschlags, nämlich die Frage der den GastpatientInnen verrechenbaren Behandlungskosten und die Möglichkeit Vorauszahlungen zu verlangen, war aus Wiener Sicht noch nicht ganz befriedigend gelöst. Österreich hat der politischen Einigung daher nur unter Abgabe einer einseitigen Erklärung zugestimmt. In dieser Erklärung, die auch schon für die Tagung des Rates im Dezember 2009 vorbereitet¹⁴ und maßgeblich von der Stadt Wien zusammen mit dem gemeinsamen Ländervertreter Dr. Kraft ausgearbeitet wurde, wird festgehalten, dass in Hinblick auf eine verbesserte Rechtssicherheit, in Zusammenhang mit der Berechnung und Verrechnung der Behandlungskosten, es aus österreichischer Sicht, im Richtlinientext, noch weiterer Klarstellungen bedürfe. Österreich hat sich daher vorbehalten, im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens nach Art. 294 AEUV (2. Lesung Europäisches Parlament und möglicher Vermittlungsausschuss), wieder auf diese Frage zurückzukommen.¹⁵

Der Rat konnte nun den Gemeinsamen Standpunkt am 13. September 2010 mit qualifizierter Mehrheit (Gegenstimme Polen, Slowakei u. Portugal; Enthaltung: Rumänien) verabschieden. Am 27. Oktober 2010 erfolgte die Abstimmung im ENVI-Ausschuss des Europäischen Parlaments zum Bericht in 2. Lesung. Dabei wurden mehr als 110 Änderungsanträge zum Standpunkt des Rates in erster Lesung angenommen. Die Abstimmung und Annahme im Plenum des Europäischen Parlaments erfolgte schließlich am 19. Jänner 2011. Dieser Abstimmung waren informelle Gespräche zwischen den Mitgliedsstaaten, der Kommission und dem Parlament vorausgegangen, um in zweiter Lesung eine Einigung zu erzielen. Diese Gespräche mündeten schließlich Ende Dezember 2010 in einem Kompromiss über den endgültigen Richtlinientext.

¹³ Man konnte sich hinsichtlich folgender Bereiche auf einen Kompromiss einigen: Definition des Versicherungsmitgliedstaats im Falle von im Ausland lebenden Rentnern, Kostenerstattung, Vorabgenehmigung, Rechtsgrundlage und elektronische Gesundheitsdienste (e-Health).

¹⁴ Vgl. Fn 11.

¹⁵ Von dieser Möglichkeit wurde von Seite des Bundes schließlich kein Gebrauch gemacht.

Am 28. Februar 2011 nahmen auch die Mitgliedsstaaten (Tagung des Rates Transport, Telekommunikation, Energie) den Richtlinienkompromiss an. Österreich stimmte in dieser Ratstagung jedoch gegen den ausverhandelte Richtlinienkompromiss. Aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat sich die RL insbesondere durch die zahlreichen Kann-Bestimmungen (u.a. Art. 7 Abs. 4 - Höhe der Kostenerstattung oder Art. 9 Abs. 5 - Möglichkeit der direkt Verrechnung zwischen den Mitgliedstaaten gemäß den Mechanismen der VO 883/2004) im Text vom ursprünglichen Ziel, der Schaffung von Rechtsklarheit und -sicherheit, immer mehr entfernt. Dieses Manko wird nach Ansicht des Ministeriums noch stärker durch die Tatsache, dass es sich um eine RL handelt, die 27-mal national umgesetzt werden wird. Der Wert der sekundärrechtlichen Regelungen hält sich daher für Österreich, unter diesen Aspekten, in engen Grenzen. Auch hinsichtlich der von den Ländern geforderten Klarstellung bezüglich der den Gastpatientinnen und -patienten in Rechnung zu stellenden Kosten sowie der deren Verrechnung, bleibt der in den Verhandlungen erzielte Text hinter den Wünschen der Länder zurück. Die Forderung war schon auf Ebene des Rates nicht mehrheitsfähig, da viele MS entweder keine oder nur eine vage sekundärrechtliche Festlegung bevorzugten. Daneben beinhaltete der Kompromisstext auch bei den Bestimmungen über die Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung und die Aufnahmebeschränkung von PatientInnen, Regelungen, die die Länderinteressen eher nachteilig berühren. Die Bundesländer stimmten der ablehnenden Haltung des Bundes daher zu.¹⁶

Der endgültige Richtlinienentwurf wurde am 4. April 2011 im Amtsblatt der Europäischen Union veröffentlicht.¹⁷ Die Umsetzungsfrist beträgt 30 Monate.¹⁸

¹⁶ Gemeinsame Länderposition VSt-5877/121 vom 22.12.2010 und VSt-5877/122 vom 12.1.2011.

¹⁷ 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 04.04.2011 S. 45).

¹⁸ Die Richtlinie ist bis zum 24.10.2013 in österreichisches Recht umzusetzen.

I.III. Regelungsinhalte der Richtlinie

Der Kernbereich der Richtlinie bezieht sich auf die Schaffung eines erleichterten Zugangs zu einer sicheren und hochwertigen grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Entsprechend der EuGH Judikatur, sollen PatientInnen das Recht haben, Gesundheitsdienstleistungen auch in anderen EU-Mitgliedstaaten in Anspruch zu nehmen.¹⁹ Die PatientInnen bekommen dabei von ihren nationalen Gesundheits- bzw. Versicherungssystemen jene Kosten zurück erstattet, die auch im eigenen Versicherungsland für dieselbe oder eine vergleichbare Behandlung übernommen worden wären.²⁰

Grundsätzlich erfordert die Kostenübernahme nach der Richtlinie keine Vorabgenehmigung durch den zuständigen nationalen Versicherungsträger. Ausnahmen gibt es jedoch für stationäre sowie hochspezialisierte und kostenintensive²¹ oder risikoreiche Behandlungen, bei denen die Mitgliedstaaten die Möglichkeit haben, eine Vorabgenehmigung vorzusehen.²² Die Genehmigung für die Kostenerstattung darf aber nur unter bestimmten Bedingungen versagt werden.²³

Und zwar wenn

- die Behandlung nicht Teil des Versicherungsleistungskatalogs ist,
- die Behandlung innerhalb eines medizinisch zu vertretenden Zeitraums im Versicherungsstaat erbracht werden kann,
- die Behandlung die öffentlich Gesundheit gefährdet oder
- wenn gegen den Gesundheitsdienstleister Bedenken hinsichtlich der Einhaltung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards bestehen.

¹⁹ Nach Artikel 7 Abs. 9 kann der Versicherungsmitgliedstaat die Anwendung der Kostenerstattungs-vorschriften aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses (Aufrechterhaltung einer ausgewogenen Versorgung und Vermeidung von Ressourcenverschwendung) auch einschränken.

²⁰ Vgl. Artikel 7 der Richtlinie

²¹ Es obliegt den Mitgliedstaaten festzulegen, welche Gesundheitsdienstleistungen als kostenintensiv und hochspezialisiert anzusehen sind.

²² Vgl. Artikel 8 der Richtlinie

²³ Vgl. Artikel 8 Abs. 6 der Richtlinie

Generell geht die Richtlinie davon aus, dass die PatientInnen bei der Bezahlung der jeweiligen Behandlung in Vorleistung treten und erst nachträglich von ihren Versicherungs- oder Gesundheitssystemen die entsprechenden Behandlungskosten refundiert bekommen. Daneben wird wahlweise jedoch auch die Möglichkeit vorgesehen, zwischen den Mitgliedstaaten eine Direktverrechnung auf Grundlage der Mechanismen des Finanzausgleichs der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 einzuführen.²⁴

Die Richtlinie schreibt auch vor, dass bei der Berechnung der Behandlungskosten nicht zwischen inländischen und PatientInnen aus anderen Mitgliedstaaten unterschieden werden darf und dass die in Rechnung gestellten Gebühren nach objektiven und nicht diskriminierenden Kriterien zu berechnen sind.²⁵

Begleitend dazu sind verschiedene Verfahrensgarantien²⁶, Informationsverpflichtungen und nationale Kontaktstellen²⁷ vorgesehen, die die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen für die PatientInnen transparenter und freundlicher ausgestalten sollen.

Nach der Richtlinie soll auch weiterhin die Lenkung und Begrenzung des Zustroms von Patientinnen aus anderen Mitgliedstaaten möglich sein. Es wird den Mitgliedstaaten zugestanden, aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses, Maßnahmen in Bezug auf den Zugang zu Behandlungen zu beschließen. Solche Maßnahmen sollen die grundlegende Verantwortung der Mitgliedstaaten, für einen ausreichenden und ständigen Zugang zur Gesundheitsversorgung auf ihrem Hoheitsgebiet zu sorgen, sicherstellen.²⁸

Neben den Regelungen zur Schaffung von mehr Rechtssicherheit in der Patientenmobilität enthält der Richtlinienvorschlag auch Regelungen über die europäische Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung (Zusammenarbeit in

²⁴ Vgl. Artikel 9 Abs. 5 2. Unterabsatz der Richtlinie

²⁵ Vgl. Artikel 4 Abs. 4 der Richtlinie

²⁶ Vgl. Artikel 9 der Richtlinie

²⁷ Vgl. Artikel 6 der Richtlinie

²⁸ Vgl. Artikel 4 Abs. 3 der Richtlinie. Nach Erwägungsgrund Nr.21 soll die Richtlinie die Gesundheitsdienstleister nicht verpflichten, Patienten aus anderen Mitgliedstaaten für eine geplante Behandlung zu akzeptieren oder bevorzugt zu behandeln, wenn sich dadurch Nachteile für andere Patienten ergeben, etwa durch längere Wartezeiten für die Behandlung anderer Patienten.

Grenzregionen, Anerkennung von Verschreibungen aus anderen Mitgliedstaaten²⁹, europäische Referenznetze³⁰, seltene Krankheiten³¹, elektronische Gesundheitsdienste³², Gesundheitstechnologiefolgenabschätzung³³).

Ausgenommen vom Anwendungsbereich der Richtlinie sind der Verkauf von Arzneimitteln und Medizinprodukten über das Internet, die Langzeitpflege, öffentliche Impfprogramme sowie der Zugang zu Organen und die Zuteilung von Organen zum Zweck der Organtransplantation.

I.IV. Stand der österreichischen Umsetzung der RL 2011/24/EU

Am 30. September 2011 fand im Bundesministerium für Gesundheit eine erste Sitzung zur Umsetzung der Richtlinie statt. Dabei wurden insbesondere die Verrechnung der Behandlungskosten, die Kontrolle der PatientInnenströme und die PatientInneninformation als wichtige Umsetzungsinhalte thematisiert. Auf Grund der in der österreichischen Bundesverfassung geregelten Kompetenzverteilung, insbesondere auf den Gebieten Sozialversicherungswesen und Heil- und Pflegeanstalten³⁴, sind die ersten legislativen Umsetzungsmaßnahmen vom Bund vorzunehmen.³⁵ Da dabei jedoch wichtige Länderinteressen³⁶ betroffen sind, vor allem im Krankenanstaltenbereich, werden die Länder schon im Vorfeld vom Bund bei der Umsetzung der Richtlinie eingebunden. Weitere Sitzungen zur Umsetzung der Richtlinie wurden vom Bund für das Jahr 2012 in Aussicht gestellt.

²⁹ Vgl. Artikel 11 der Richtlinie

³⁰ Vgl. Artikel 12 der Richtlinie

³¹ Vgl. Artikel 13 der Richtlinie

³² Vgl. Artikel 14 der Richtlinie

³³ Vgl. Artikel 15 der Richtlinie

³⁴ Bundes-Verfassungsgesetz Artikel 10 Abs. 1 Z 11 Sozialversicherungswesen und Artikel 12 Abs. 1 Z 1 Heil- und Pflegeanstalten.

³⁵ Vgl. Kapitel VI. Österreichische Rahmenbedingungen, Punkt VI.III. Organisation und Finanzierung, S. 51.

³⁶ Vgl. Kapitel II. Positionen Wien, S. 18.

II. POSITIONEN WIEN

(Diese Positionen wurden im Rahmen des europäischen Rechtssetzungsverfahrens von der Stadt Wien vertreten)

Wien sieht die Richtlinie in erster Linie als einen positiven Schritt hin zu einem besseren rechtlichen Rahmen zur Regelung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, obwohl die Dringlichkeit des neuen Rechtsrahmens sowie die dadurch angestrebte Zielerreichung, wie bereits in der Executive Summary ausgeführt, angezweifelt werden.

Für die Stadt Wien ergeben sich aus der geplanten Neuregelung einige offene Fragen. Diese betreffen insbesondere die Kostenerstattung, die Modalitäten der Verrechnung zwischen Behandlungsstaat und PatientIn, das System der Vorabgenehmigung und die Ausgestaltung der Aufnahmeverpflichtung von GastpatientInnen aus anderen Mitgliedstaaten (Zu- und Abwanderung von PatientInnen).

II.I. Organisation und Finanzierung

Gemäß Artikel 168 AEUV (ex- Art. 152 EGV) sind die Mitgliedstaaten für die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme zuständig.³⁷ Im Sinne der Prinzipien der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit, sind daher bei der Installierung eines neuen europäischen Rechtsrahmens die Besonderheiten der einzelnen nationalen Gesundheitssysteme sowie die nationalen Kompetenzen zu berücksichtigen.³⁸ Das Gesundheitswesen darf überdies nicht nur ausschließlich den Prinzipien des europäischen Binnenmarktregimes unterworfen werden. Es ist somit notwendig, auch Artikel 168 AEUV (ex- Art. 152 EGV) als Rechtsgrundlage für eine zukünftige Richtlinie heranzuziehen und deren Inhalt dementsprechend auszugestalten.³⁹

³⁷ Vgl. Kapitel III. Europäische Rahmenbedingungen, S. 24.

³⁸ In der Rechtssache **Garcia** (EuGH 26.3.1996, Slg 1996, I-1673) und **Sodemare** (EuGH 17.6.1997, Rs C-70/95 Slg 1997, I-3395) hat der EuGH festgehalten, dass das Gemeinschaftsrecht nicht die Lebensfähigkeit der Systeme der sozialen Sicherheit gefährden darf. Weiters hat er in diesen Entscheidungen die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung der Systeme der sozialen Sicherheit betont.

³⁹ Bei der Richtlinie darf nicht alleine die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarkts im Vordergrund stehen. Nach einem schriftlichen Gutachten des Juristischen Dienstes des Rates, vom 4.

Im Sinne des Bestimmungslandprinzips, wonach die Vorschriften des Behandlungsstaates gelten, soll es für Österreich und der Stadt Wien, zur Sicherung bestmöglicher Qualität, auch weiterhin möglich sein, die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen entsprechend regulieren zu können.

Eine Neuregelung der europäischen PatientInnenmobilität muss den Mitgliedstaaten auch künftig die Planbarkeit der Gesundheitsversorgung und einen effizienten Einsatz von finanziellen, personellen und strukturellen Ressourcen ermöglichen. Die Stadt Wien spricht sich daher für eine ausgewogene europäische PatientInnenmobilität aus, die die Interessen der Mitgliedstaaten ausreichend berücksichtigt.

II.II. Erstattung von Behandlungskosten und Verrechnungsmodalitäten

Ein künftiger neuer Rechtsrahmen muss in jedem Fall die Besonderheiten der einzelnen staatlichen Gesundheitssysteme hinreichend berücksichtigen.⁴⁰ Dies betrifft in erster Linie die unterschiedlichen Finanzierungssysteme. In Österreich ist bei der Krankenanstaltenfinanzierung das sogenannte „Mischfinanzierungssystem“ etabliert. Die Kosten der Fondskrankenanstalten werden dabei mittels Sozialversicherungsbeiträgen der Versicherten und mit Mitteln aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert. Um eine einseitige Kostenbelastung des österreichischen Gesundheitssystems zu vermeiden, muss es künftig möglich sein, bei der Verrechnung der stationären und spitalsambulanten Behandlungskosten von EU-GastpatientInnen sowohl den durch Sozialversicherungsbeiträgen als auch den aus Steuermitteln finanzierten Betriebs- und Erhaltungsaufwand als Kostenfaktor zu berücksichtigen.

Entsprechend dem Prinzip der Kostenwahrheit, muss daher eine Echkosten deckende Verrechnung der jeweiligen Gesundheitsdienstleistung, die den gesamten auf die jeweilige Behandlung entfallenen Betriebs- und Erhaltungsaufwand berücksichtigt, gegenüber den GastpatientInnen sichergestellt werden.

Mai 2009 (Dok. 9431/09), bestehen jedenfalls keine Einwände, ex- Art. 152 Abs. 5 EGV (Art. 168 Abs. 7 AEUV) als zusätzliche Rechtsgrundlage für die Richtlinie heranzuziehen. Vgl. Kapitel III. Europäische Rahmenbedingungen, Punkt III.I. Primärrechtliche Grundlagen, S. 24.

⁴⁰ Vgl. Kapitel VI. Österreichische Rahmenbedingungen, S. 49.

Wien sieht sich bereits heute, wo der Umfang der PatientInnenmobilität noch relativ gering ist, mit Schwierigkeiten bei der Kostenrückerstattung im Rahmen der Verordnungen 1408/71 bzw. 883/2004⁴¹ konfrontiert. So kommen manche Mitgliedstaaten ihrer Zahlungsverpflichtung nur ungenügend nach. Offene Forderungen an ausländische Sozialversicherungsträger von in Wiener Fondskrankenanstalten behandelten GastpatientInnen sind die Folge. Vor diesem Hintergrund fordert Wien eine gesamteuropäische Lösung für die Abrechnungsproblematik (kürzere Fristen und effizientere Sanktionen bei Zahlungsrückständen).

Die in der Richtlinie in Aussicht gestellte direkte Kostenverrechnung zwischen den PatientInnen und dem jeweiligen Gesundheitsdienstleister, muss daher für klare und sichere Verfahrensabläufe sorgen. So soll die Statuierung einer Vorauszahlungspflicht der PatientInnen bzw. eine europaweite Durchsetzung der Kostenansprüche der Gesundheitsdienstleister gegenüber den PatientInnen möglich sein.

II.III. Kontrolle der PatientInnenströme

Auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch mit keiner erhöhten PatientInnenmobilität gerechnet wird, sollten die Mitgliedstaaten künftig über Instrumente verfügen, die das Steuern der PatientInnenströme ermöglichen. Auf jeden Fall sollte die Behandlung von PatientInnen aus anderen Mitgliedstaaten nicht die Versorgung der eigenen Bevölkerung beeinträchtigen. Ein möglicher, exzessiver PatientInnenzustrom könnte nämlich eine Überlastung der Versorgungssysteme sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich bewirken. Andererseits kann auch eine starke PatientInnenabwanderung negative Folgen nach sich ziehen. Eine schrankenlose PatientInnenmobilität würde jedenfalls jegliche Planungsanstrengung, zur Aufrechterhaltung einer ausgewogenen medizinischen Versorgung und zur Vermeidung jeglicher Verschwendung von finanziellen, personellen und technischen Ressourcen, erschweren.

Es ist daher für die Planbarkeit und für einen effizienten Einsatz von Ressourcen, vor allem bei der Krankenhausversorgung, nötig, dass die Mitgliedstaaten

⁴¹ Vgl. Kapitel III. Europäische Rahmenbedingungen, Punkt III.II. Sekundärrechtliche Grundlagen, S. 30.

uneingeschränkt die Möglichkeit haben, ein Vorabgenehmigungssystem einzuführen.⁴² Dieses soll als Voraussetzung für die Kostenübernahme von bestimmten Behandlungen im Ausland (Krankenhaus- und Spezialbehandlungen) vorgesehen werden können.

Darüber hinaus ist es aus Wiener Sicht, für die Sicherstellung des öffentlichen Versorgungsauftrages⁴³, auch notwendig, bei Kapazitätsengpässen, die Aufnahme von PatientInnen aus anderen Mitgliedstaaten regulieren zu können.

Die Stadt Wien spricht sich daher für eine PatientInnenmobilität aus, bei der die wohnortnahe Versorgung im Mittelpunkt steht. Auch zukünftig sollten die PatientInnen im Regelfall zuerst in ihrem eigenen Mitgliedstaat die erforderliche medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können.

Bei bestimmten Formen der Gesundheitsversorgung, vor allem in Grenzregionen und bei Spezialbehandlungen, besteht jedoch oftmals die Notwendigkeit, dass die PatientInnen den Weg in ein anderes Mitgliedsland suchen. Dazu gehören hoch spezialisierte Formen der Versorgung oder fortgeschrittene Dienstleistungen, für die die nächstgelegene Einrichtung jenseits der Grenze liegt. Es erscheint daher sinnvoll, besonders für diese Fälle, die europäische PatientInnenmobilität zu stärken, um Synergiepotenziale zwischen den Mitgliedstaaten effizienter ausschöpfen zu können. Bei der Schaffung entsprechender Regelungen auf gesamteuropäischer Ebene ist jedoch stets dem Subsidiaritätsgedanken Rechnung zu tragen.

II.IV. PatientInneninformation

Um die Mobilität in kontrollierte Bahnen zu lenken und planbar zu gestalten wird es künftig wichtig sein, die PatientInnen ausreichend über ihre Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Die in der Richtlinie vorgesehene Etablierung von nationalen Kontaktstellen, die Informationen über die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bereitstellen sollen, wird daher

⁴² In der Entscheidung **Smits und Peerbooms** (EuGH 12.7.2001, C-159/99) hat der EuGH die Zulässigkeit einer Vorabgenehmigung für die Erstattung von Kosten einer Krankenhausbehandlung aufgrund ihrer Besonderheit als notwendig und angemessen angesehen. Besonders lassen sich derartige Voraussetzungen nach Sicht des EuGH's mit der Notwendigkeit rechtfertigen, im Inland ein ausreichendes, ausgewogenes und ständiges Angebot an Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten und die finanzielle Stabilität des Systems der Krankenversicherung zu gewährleisten.

⁴³ Vgl. Kapitel VI. Österreichische Rahmenbedingungen, S. 49.

begrüßt. Es ist jedoch zu bedenken, dass, aufgrund der noch fehlenden Transparenz, eine umfassende PatientInneninformation über Behandlungsmöglichkeiten sowie –kosten in anderen Mitgliedstaaten, kurzfristig, nur sehr schwer zu verwirklichen sein wird.

Nationale Kontaktstellen sollten aber jedenfalls in bereits bestehende Systeme eingegliedert werden, um Parallelstrukturen und zusätzliche Kosten weitestgehend zu vermeiden.

II.V. Europäische Zusammenarbeit

Die Ausschöpfung des europäischen Potenzials hinsichtlich Medizinwissenschaft und Gesundheitstechnologie ist eine große Herausforderung und Chance. Europäische Referenznetze könnten in diesem Bereich für positive Synergieeffekte sorgen. Vor allem in den Bereichen Forschung, medizinische Ausbildung und Behandlung von seltenen Erkrankungen (Orphan Diseases) könnte eine kostengünstigere sowie effizientere Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten etabliert werden. So könnten europäische Referenznetze bei der Behandlung von seltenen Erkrankungen und seltenen Verläufen von Erkrankungen sowie bei Orphan Diseases und Transplantationen eine wichtige Versorgungsrolle übernehmen. Europäische PatientInnen, deren Gesundheitszustand eine verstärkte Konzentration von Ressourcen und Fachwissen erfordert, könnten eine hochwertige, effiziente und kostengünstigere Behandlung in Anspruch nehmen. Und auch teure, parallele Versorgungsstrukturen der einzelnen Mitgliedstaaten, auf dem Gebiet von hoch spezialisierten Behandlungen, könnten durch effizientere europäische Referenzzentren ersetzt werden. Bereits heute hat die Stadt Wien bei Transplantationen und in der medizinischen Forschung eine wichtige Rolle in der internationalen Spitzenmedizin. Aufgrund der bereits gegebenen Strukturen und Ressourcen sowie der geographischen Lage, könnte Wien bei der künftigen Etablierung solcher Referenznetze, einen wichtigen Platz einnehmen.

Besonders neue Formen der Gesundheitsversorgung mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) – Stichwort „Gesundheitstelematik“ oder „E-Health“ - werden in Zukunft eine wesentliche Rolle in den Gesundheitssystemen der

Mitgliedstaaten übernehmen. In den meisten Mitgliedstaaten werden solche IKT-Anwendungen jedoch erst aufgebaut und entwickelt.

Auch von der Stadt Wien wurde gemeinsam mit den Wiener Stakeholdern (Ärztchamber Wien, Wiener Gebietskrankenkasse, Medizinische Universität Wien, ELGA GmbH u.a.) eine Wiener E-Health-Strategie erarbeitet. Diese stellt die strategische Grundlage für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien durch die jeweiligen in Wien betroffenen Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) zur Verfügung.

Auf Grundlage der österreichweiten Strategien im Bereich der Realisierung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) sind internationale Standards wie das IHE Framework, HL7 V3 RIM und HL7 CDA 2.0, LOINC und DICOM 3.0 inkl. WADO, in die Wiener E-Health Strategie übernommen worden und als Grundlage für den langfristigen Einsatz geplant. Damit wird die langfristige Interoperabilität⁴⁴ der IKT der GDA innerhalb von Wien bzw. mit den anderen Bundesländern und auch im grenzüberschreitenden Gesundheitsdatenverkehr angestrebt. Eine verstärkte Zusammenarbeit auf europäischer Ebene bei der Entwicklung von Gesundheitstechnologien entspreche somit auch den Zielen der Wiener E-Health Strategie.

Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips und aufgrund der nationalen Zuständigkeiten sollten allerdings in erster Linie die Mitgliedstaaten selbst für die Zusammenarbeit in diesen Bereichen verantwortlich sein.

Eine Verrechtlichung von europäischen Referenznetzen und elektronischen Gesundheitsdiensten wird daher kritisch gesehen. Aufgrund der Tatsache, dass die EU in diesen Bereichen keine originären Zuständigkeiten besitzt, sollten vielmehr kooperative und empfehlende Maßnahmen⁴⁵ initiiert werden.

Die Europäische Union könnte in diesem Zusammenhang als Impulsgeberin und Koordinatorin eine tragende Rolle einnehmen.

⁴⁴ Rechtliche, organisatorische, technische und semantische Interoperabilität.

⁴⁵ Vgl. Vorschlag für eine Empfehlung des Rates für eine europäische Maßnahme im Bereich seltener Krankheiten, KOM (2008) 726 endgültig; Mitteilung der Kommission über den Nutzen der Telemedizin für Patienten, Gesundheitssysteme und die Gesellschaft, KOM (2008) 689 endgültig; Empfehlung der Kommission vom 2. Juli 2008 zur grenzübergreifenden Interoperabilität elektronischer Patientendatenysteme, Amtsblatt Nr. L 190 vom 18/07/2008 S. 0037 – 0043.

III. EUROPÄISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Primär- und Sekundärrechtliche Grundlagen

Der Bereich der öffentlichen Gesundheit und des Gesundheitsschutzes als Gemeinschaftsaufgabe war dem Europarecht anfänglich fremd. Das Postulat des alten EG-Vertrages (EGV), einen gemeinsamen Markt zu errichten, führte zu einer sukzessiven Erweiterung der Ziele und Aufgaben der Gemeinschaft. Auch das Gesundheitswesen war davon betroffen.

Mit 1. Dezember 2009 ist der neue Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), auch Lissabon Vertrag genannt, in Kraft getreten.

Der Vertrag von Lissabon hat in den Bereichen der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienste und der PatientInnenrechte, gegenüber dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV), keine erweiterte Kompetenzgrundlage eingeführt.

Gesundheitsrechtliche Regelungen finden sich auf EU-Ebene sowohl im Primärrecht als auch in sekundärrechtlichen Rechtsakten. Im Folgenden wird auf die für die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen relevanten Regelungen eingegangen:

III.I. Primärrechtliche Grundlagen

1. Kompetenzgrundlagen

Gemäß Artikel 9 AEUV trägt die Union in ihrer Politik den Erfordernissen eines hohen Gesundheitsschutzniveaus Rechnung.⁴⁶ Artikel 9 stellt für sich selbst genommen keine Kompetenzgrundlage zur Erlassung sekundärrechtlicher Regelungen dar. Dazu bedarf es einer konkreten Bestimmung im Vertrag. Artikel 9 wird vielmehr zur Auslegung und Anwendung anderer Vorschriften des Unionsrechts herangezogen.

⁴⁶ Artikel 9 AEUV: Bei der Festlegung und Durchführung ihrer Politik und ihrer Maßnahmen trägt die Union den Erfordernissen im Zusammenhang mit der Förderung eines hohen Beschäftigungsniveaus, mit der Gewährleistung eines angemessenen sozialen Schutzes, mit der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung sowie mit einem hohen Niveau der allgemeinen und beruflichen Bildung und des Gesundheitsschutzes Rechnung.

Konkretisiert wird diese Bestimmung durch Artikel 168 AEUV⁴⁷ (ex- Art. 152 EGV). In dessen ersten Absatz wird neben der Postulierung des Gesundheitsschutzes als Querschnittmaterie⁴⁸ die Kompetenz der Union im Gesundheitswesen auf ergänzende Maßnahmen⁴⁹ in drei Tätigkeitsfeldern beschränkt:

- Verbesserung der Gesundheit;
- Verhütung von Humankrankheiten,
- Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung.

Im Übrigen darf die Union in den Bereichen, die nicht in ihre ausschließliche Zuständigkeit fallen, nur unter Beachtung des in Artikel 5 Abs. 3 EUV -neu (ex- Art. 5 EGV) verankerten Subsidiaritätsprinzips tätig werden. Dies bedeutet, sie darf bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten entsprechend Artikel 168 Absatz 1 AEUV lediglich ergänzend und auch nur dann aktiv werden, wenn die verfolgten Ziele der in Betracht gezogenen Maßnahmen von den Mitgliedstaaten weder auf zentraler noch auf regionaler oder lokaler Ebene ausreichend erfüllt werden können und daher wegen ihres Umfangs oder ihrer Wirkungen besser auf Unionsebene verwirklicht werden können. Darüber hinaus ist im neu gefassten Art. 168 Absatz 5 AEUV ein Harmonisierungsverbot verankert⁵⁰.

Die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung bleibt auch im Vertrag von Lissabon in vollem Umfang gewahrt (vgl. Art. 168 Abs. 7 AEUV ex- Art. 152 Abs. 5 EGV).

⁴⁷ TITEL XIV GESUNDHEITSWESEN

⁴⁸ Art. 168 Abs. 1, 1. Satz AEUV: Bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

⁴⁹ Art. 168 Abs. 1, 2. Satz AEUV: Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet.

⁵⁰ Art. 168 Abs. 5 AEUV: Das Europäische Parlament und der Rat können unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses und des Ausschusses der Regionen auch Fördermaßnahmen zum Schutz und zur Verbesserung der menschlichen Gesundheit sowie insbesondere zur Bekämpfung der weit verbreiteten schweren grenzüberschreitenden Krankheiten, Maßnahmen zur Beobachtung, frühzeitigen Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren sowie Maßnahmen, die unmittelbar den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch zum Ziel haben, erlassen.

Artikel 168 AEUV ist als Rechtsgrundlage für eine allfällige zukünftige Richtlinie auf jeden Fall heranzuziehen (s. auch Kapitel I Punkt I.IV. Organisation und Finanzierung). Bei einem Richtlinienentwurf darf nicht alleine die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarkts im Vordergrund stehen. Nach einem schriftlichen Gutachten des Juristischen Dienstes des Rates vom 4. Mai 2009 (Dok. 9431/09) bestehen jedenfalls keine Einwände ex- Art. 152 Abs. 5 EGV (Art. 168 Abs. 7 AEUV⁵¹) als zusätzliche Rechtsgrundlage für die Bestimmungen der Richtlinie heranzuziehen.

Auch die Stadt Wien verweist bei der Frage der Rechtsgrundlage immer auf Art.168 AEUV und fordert eine stärkere Berücksichtigung der nationalen Besonderheiten bei der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der Richtlinie.

Der Gerichtshof der Europäischen Union stellte in seiner Rechtsprechung jedoch auch klar, dass bei der Ausgestaltung der nationalen Gesundheits- und Versicherungssysteme auch das Gemeinschaftsrecht und somit die Grundfreiheiten zu beachten sind⁵² (siehe Kapitel III. EuGH Entscheidungen).

Daneben erfährt die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten im Gesundheitswesen eine weitere Einschränkung durch Artikel 114 AEUV (ex- Art. 95 EGV, Kompetenznorm). Dies insoweit, als die Union in diesem Bereich unter bestimmten Bedingungen Rechtsakte erlassen kann. Folgende Voraussetzungen sind erforderlich:

- a) Die zu erlassenden Bestimmungen dienen der Errichtung und dem Funktionieren des Binnenmarkts;
- b) sie sind erforderlich, um konkrete Beschränkungen der Grundfreiheiten abzubauen;
- c) sie verfolgen das Ziel des Gesundheitsschutzes auf hohem Niveau und
- d) die Maßnahmen der Gemeinschaft gehen nicht über das für die Erreichung der Ziele dieses Vertrages erforderliche Maß hinaus (Art. 5 Abs. 4 EUV neu – Verhältnismäßigkeitsprinzip).

⁵¹ Art. 168 Abs. 7 AEUV: Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt. Die Verantwortung der Mitgliedstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel. Die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a lassen die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.

⁵² Rs. C 120/65 Decker; Rs. C-158/96 Kohll; Rs. C-372/04 Watts.

Gemäß Artikel 114 AEUV⁵³ erlassen das Europäische Parlament und der Rat Maßnahmen zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten, welche die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Gegenstand haben. Wesentliche inhaltliche Änderungen sind mit der Neufassung durch den Lissabon Vertrag in Bezug auf die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienste jedoch nicht verbunden.

Artikel 114 AEUV (ex- Artikel 95 EGV) kommt bei den grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen insofern große Bedeutung zu, als die Kommission ihren Richtlinienentwurf aus 2008 auf diese Kompetenzgrundlage gestellt hat.

Der Juristische Dienst des Rates hat in einem Gutachten vom 4. Mai 2009 (Dok. 9431/09) jedoch auch klar gestellt, dass ex- Artikel 95 EGV (Artikel 114 AEUV) nicht als alleinige Rechtsgrundlage für die Richtlinie dienen kann, sondern zumindest um ex- Art. 152 Abs. 5 EGV (Art. 168 Abs. 7 AEUV) und ex- Artikel 47 Abs. 2 (Niederlassungsrecht, Artikel 53 AEUV) sowie ex- Artikel 55 EGV (Dienstleistungen, Artikel 62 AEUV) zu ergänzen wäre.

Abschließend ist festzuhalten, dass nach dem Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung grundsätzlich für alle Handlungen der Europäischen Organe eine ausdrückliche Rechtsgrundlage im AEUV erforderlich ist. Die Wahl der Kompetenznorm ist auf objektive, gerichtlich nachweisbare Umstände zu gründen. Maßgeblich dafür sind Regelungszweck und Inhalt des betreffenden Rechtsaktes, wobei auf den Schwerpunkt einer Regelung abzustellen ist. Kompetenzrechtliche Doppel- oder Mehrfachabstützungen sind nur ausnahmsweise erlaubt. Dies bedeutet, dass einem Rechtsakt grundsätzlich auch mehrere Kompetenznormen des AEUV als Grundlage dienen können.

Im Gesundheitswesen sind diese Grundsätze insofern von großer Bedeutung, als Art. 168 AEUV (ex- Art. 152 EGV) eine „schwache“ Kompetenznorm ist und Absatz 5 zudem ein Harmonisierungsverbot enthält. Bei einer Abstützung auf Artikel 114

⁵³ Artikel 114 Abs. 1 AEUV; genauer Wortlaut: (1) Soweit in den Verträgen nichts anderes bestimmt ist, gilt für die Verwirklichung der Ziele des Artikels 26 die nachstehende Regelung. Das Europäische Parlament und der Rat erlassen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren und nach Anhörung des Wirtschafts- und Sozialausschusses die Maßnahmen zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten, welche die Errichtung und das Funktionieren des Binnenmarktes zum Gegenstand haben.

AEUV (ex- Art. 95 EGV), wie es bei dem letzten Richtlinienentwurf der Fall war, gilt dieses Harmonisierungsverbot jedoch nicht.

Umgelegt auf eine zukünftige Richtlinie ist somit davon auszugehen, dass als Kompetenzgrundlagen sowohl Art. 168 AEUV als auch Art. 114 in Verbindung mit Art. 53 und 62 AEUV heranzuziehen wären.

Artikel 14 AEUV (ex- Artikel 16 EGV)

Durch ex- Artikel 16 EGV wurden Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse als „gemeinsamer Wert der Union“ ausdrücklich anerkannt. Artikel 14 AEUV geht über diese Anerkennung hinaus und normiert, dass die Union und die Mitgliedstaaten die wirtschaftlichen und finanziellen Bedingungen sicherzustellen haben, die das Funktionieren dieser Dienste gewährleisten. Darüber hinaus wurde eine Rechtsgrundlage geschaffen, die es dem Rat und dem Europäischen Parlament ermöglicht, durch Verordnungen festzulegen, wie diese Dienste zur Verfügung zu stellen, in Auftrag zu geben und zu finanzieren sind. Die Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten dürfen allerdings nicht berührt werden⁵⁴.

Mit dem neuen Artikel 14 AEUV wird eine Rechtsgrundlage für die Erlassung von Sekundärrechtsakten zur Festlegung von allgemeinen Bedingungen und Grundsätzen im Bereich der Daseinsvorsorge geschaffen. Als Kompetenzgrundlage für die geplante Patientenrechtsrichtlinie ist Artikel 14 AEUV jedoch nicht geeignet. Die geplante Richtlinie hat nämlich nicht die Ausgestaltung der Leistungserbringung, sondern vielmehr die Inanspruchnahme der Leistungen und deren Kostenersatz zum Schwerpunkt.

⁵⁴ Artikel 14 AEUV: „Unbeschadet des Artikels 4 des Vertrags über die Europäische Union und der Artikel 93, 106 und 107 dieses Vertrags und in Anbetracht des Stellenwerts, den Dienste von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse innerhalb der gemeinsamen Werte der Union einnehmen, sowie ihrer Bedeutung bei der Förderung des sozialen und territorialen Zusammenhalts tragen die Union und die Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer jeweiligen Befugnisse im Anwendungsbereich der Verträge dafür Sorge, dass die Grundsätze und Bedingungen, insbesondere jene wirtschaftlicher und finanzieller Art, für das Funktionieren dieser Dienste so gestaltet sind, dass diese ihren Aufgaben nachkommen können. Diese Grundsätze und Bedingungen werden vom Europäischen Parlament und vom Rat durch Verordnungen gemäß dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren festgelegt, unbeschadet der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, diese Dienste im Einklang mit den Verträgen zur Verfügung zu stellen, in Auftrag zu geben und zu finanzieren.“

2. Weitere Rechtsgrundlagen

- a) Warenverkehrsfreiheit (Artikel 34 AEUV): Mengenmäßige Einfuhrbeschränkungen sowie alle Maßnahmen gleicher Wirkung sind zwischen den Mitgliedstaaten verboten (z. B. bei Medikamenten, optischen Sehhilfen).
- b) Auf Artikel 48 AEUV (Arbeitnehmerfreizügigkeit und soziale Sicherheit – Kompetenznorm) wird unter Punkt „2. Sekundärrechtliche Grundlagen“ eingegangen.
- c) Dienstleistungsfreiheit (Artikel 56 AEUV): Die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Union für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Staat der Gemeinschaft als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, sind verboten. In Umsetzung der Dienstleistungsfreiheit ist die sogenannte Dienstleistungsrichtlinie am 27.12.2006 im Amtsblatt der EU veröffentlicht worden. Sie soll den grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehr fördern und bürokratische Hindernisse abbauen. Die Gesundheitsdienste sind ausdrücklich vom Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen.
- d) Charta der Grundrechte (trat gemeinsam mit dem Lissabon Vertrag in Kraft); Artikel 35 – Gesundheitsschutz: Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Die vier Grundfreiheiten (freier Waren-, Personen-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr) sind nach der Rechtsprechung des EuGH unmittelbar anwendbar. Es bedarf keiner Ausführungsgesetzgebung. Dies hat folgende Konsequenz: Wenn etwa keine Genehmigung zu einer Behandlung im Ausland gemäß der Verordnung 883/2004 vorliegt, sind die Kosten der medizinischen Behandlung in einer bestimmten Höhe aufgrund der Dienstleistungsfreiheit dennoch zu erstatten. Das gilt jedenfalls für ambulante Behandlungen. Bei medizinischer Betreuung, die einen

Aufenthalt im Krankenhaus erfordert, sind Genehmigungsverfahren unter strengen Voraussetzungen jedoch zulässig⁵⁵ (Vgl. Kapitel IV EuGH Entscheidungen).

III.II. Sekundärrechtliche Grundlagen

Grundlage der derzeit bestehenden sekundärrechtlichen Regelungen zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten bildet Art. 48 AEUV (ex- Artikel 42 EGV). Nach dieser Bestimmung beschließt der Rat die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen. Der Zweck dieser Regelung liegt in der Vermeidung von Einbußen sozialer Rechte, die mangels zwischenstaatlicher Koordination im Zuge der Arbeitnehmerfreizügigkeit entstehen würden. Auf Basis dieser primärrechtlichen Bestimmung sind nachfolgende Verordnungen ergangen:

1. Verordnung 1408/71 und deren Durchführungsverordnung 574/72 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern

Der persönliche Geltungsbereich der Verordnung 1408/71 ist auf Arbeitnehmer, Selbständige sowie Studierende der EU und deren Familienangehörige, Staatenlose und Flüchtlinge und deren Familienangehörige⁵⁶ beschränkt. Es besteht zudem die Möglichkeit, den Anwendungsbereich durch bi- oder multilaterale Verträge zu erweitern (Art 8 leg.cit.).

Die Kostenerstattung nach der VO 1408/71 basiert auf dem Sachleistungsprinzip⁵⁷. Danach nimmt der Versicherte die medizinische Leistung in einem anderen europäischen Mitgliedstaat auf Rechnung seiner zuständigen Sozialversicherung in

⁵⁵ Rs. C-157/99 Geraets-Smits und Peerbooms und C-385/99 Müller-Faure und van Riet. Zusammenfassend Rs. C-372/04 Watts.

⁵⁶ Genauer Wortlaut: Art. 2 Abs 1 der Verordnung 1408/71: „Diese Verordnung gilt für Arbeitnehmer, für welche die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, soweit sie Staatsangehörige eines Mitgliedstaats sind oder als Staatenlose oder Flüchtlinge im Gebiet eines Mitgliedstaats wohnen, sowie für deren Familienangehöriger und Hinterbliebene.“

⁵⁷ Sachleistungen - wie ambulante oder stationäre medizinische Behandlungen sowie medizinische Rehabilitationsleistungen – werden generell vom Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes gewährt, Geldleistungen hingegen unmittelbar vom zuständigen Träger des Beschäftigungsstaates beziehungsweise des Staates der selbstständigen Tätigkeit.

Anspruch. Die Verrechnung erfolgt direkt über die jeweiligen Sozialversicherungsträger der Mitgliedstaaten. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach den Tarifen des jeweiligen Behandlungsstaates.

Für die Anwendung der Kostenerstattungsbestimmungen der Verordnung ist jedoch grundsätzlich eine Vorabgenehmigung für die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat durch die zuständige Sozialversicherung erforderlich. Dies gilt sowohl für ambulante als auch für stationäre Behandlungen. Ausgenommen von der Vorabgenehmigung ist nur die während eines Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat notwendige (Notfall-)Behandlung⁵⁸.

Nach der erwähnten Verordnung ist die Genehmigung zu erteilen, wenn die medizinische Behandlung zu den in den Rechtsvorschriften des Versicherungsstaates vorgesehenen Leistungen zählt und die Behandlung nicht im erforderlichen Maße und in einem angemessenen Zeitrahmen im Versicherungsstaat/ Aufenthaltsstaat in Anspruch genommen werden kann.

Nach derzeitiger Rechtslage können sich jene Personen, die vom Anwendungsbereich der Verordnung nicht erfasst sind, bei der Inanspruchnahme einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung auf Artikel 34 AEUV (Warenverkehrsfreiheit, ex- Art. 28 EGV) und Artikel 56 AEUV (Dienstleistungsfreiheit, ex- Art. 49 EGV) berufen.

2. Verordnung 883/2004/59 und deren Durchführungsverordnung 987/2009/60 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Die Durchführungsverordnung und die Änderungen zur VO (EG) Nr. 883/2004⁶¹ wurden vom Rat und vom Parlament am 16. September 2009 unterzeichnet. Die

⁵⁸ Vgl. Art. 22 Vo 1408/71 sowie Art. 19 und 20 Vo 883/2004.

⁵⁹ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004 . Berichtigung im ABl. L 200 vom 7.6.2004)

⁶⁰ 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. L 284 VOM 30.10.2009)

⁶¹ Verordnung (EG) Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und zur Festlegung des Inhalts ihrer Anhänge.

neue Durchführungsverordnung 987/2009 ist am 1. Mai 2010 in Kraft getreten⁶² und hat zusammen mit der Grundverordnung 883/2004 die Verordnung 1408/71 sowie deren Durchführungsverordnung 574/72 abgelöst.

Die Nachfolgeregelung (VO 883/2004) ist weitaus kürzer als der Text der Verordnung 1408/71. Die Begriffe, Vorschriften und Verfahren wurden rationalisiert und es erfolgte eine sprachliche Vereinfachung.

Der persönliche Geltungsbereich⁶³ wurde gegenüber der Verordnung 1408/71 erweitert und umfasst nunmehr alle Personen, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaates, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat sind, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für deren Familienangehörigen und Hinterbliebenen.

Der sachliche Geltungsbereich (Artikel 3 VO 883/2004) hat gegenüber der Verordnung 1408/71 keine besondere Ausweitung erfahren. Eine Einbeziehung der Dienstleistungsfreiheit unter die Leistungen bei Krankheit wurde nicht vorgenommen⁶⁴.

Die wichtigsten Änderungen durch die Verordnung 883/2004 und deren Durchführungsverordnung 987/2009 betreffen den verwaltungstechnischen Vollzug⁶⁵ der Kostenverrechnung. Daneben werden auch Grundsätze aus EuGH Entscheidungen kodifiziert (Anspruch auf Differenzzahlungen, Übernahme von notwendigen Nebenkosten wie Unterkunft). Grundsätzlich wird aber am Sachleistungsprinzip sowie an der Genehmigungspflicht für die Kostenübernahme von geplanten Behandlungen, ausgenommen davon sind weiterhin notwendige Behandlungen während eines Aufenthaltes, festgehalten.

⁶² Art. 97 VO 987/2009.

⁶³ Art. 2 (1) VO 883/2004: Diese Verordnung gilt für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem Mitgliedstaat, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen.

(2) Diese Verordnung gilt auch für Hinterbliebene von Personen, für die die Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten galten, und zwar ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit dieser Personen, wenn die Hinterbliebenen Staatsangehörige eines Mitgliedstaats sind oder als Staatenlose oder Flüchtlinge in einem Mitgliedstaat wohnen.

⁶⁴ Bernhard Spiegel: „Die neue europäische Sozialrechtskoordinierung“ in Marhold (Hrsg), Das neue Sozialrecht.

⁶⁵ Artikel 4 der Vo 987/2009 sieht z.B. einen elektronischen Datenaustausch zwischen den Trägern oder Verbindungsstellen vor.

Eine Verbesserung dürften die in der Durchführungsverordnung 987/2009 enthaltenen Verrechnungsmodalitäten bedeuten, die praktikablere Zahlungsfristen, Ansprüche auf Verzugszinsen bei nicht fristgerechter Zahlung sowie Regelungen für die Beibringung und Vollstreckung von offenen Forderungen enthalten.

Nach den Bestimmungen der Durchführungsverordnung hat der leistungspflichtige Mitgliedstaat binnen 18 Monate nach Ablauf des Monats, in dem die Forderung bei der Verbindungsstelle seines Landes eingelangt ist, den Forderungsbetrag zu begleichen. Nach Ablauf der Frist können Zinsen gefordert werden, es sei denn, der leistungspflichtige Träger hat innerhalb von 6 Monaten eine Anzahlung von 90% der eingereichten Forderung geleistet.

IV. EUGH ENTSCHEIDUNGEN

Wie in anderen Bereichen hat der Gerichtshof der Europäischen Union auch im Gesundheitsbereich durch seine Entscheidungen, zahlreiche Veränderungen zugunsten der im AEUV verbrieften Grundfreiheiten erwirkt. Viele Regelungen der Mitgliedstaaten, betreffend der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, wurden insbesondere als unzulässige Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs angesehen.

Eine chronologische Auflistung der wichtigsten EuGH Entscheidungen:

- EuGH 31.1.1984, verb. Rs 286/82 u 26/83, **Luisi u Carbone**, Slg 1984, 377, Rz 16; (medizinische Behandlungen sind als Dienstleistungen nach Art. 56 AEUV anzusehen)

Leitsätze:

Der freie Dienstleistungsverkehr schließt die Freiheit der Leistungsempfänger ein, sich zur Inanspruchnahme einer Dienstleistung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, ohne durch Beschränkungen – und zwar auch im Hinblick auf Zahlungen – daran gehindert zu werden. Touristen sowie Personen, die eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, und solche, die Studien- oder Geschäftsreisen unternehmen, sind als Empfänger von Dienstleistungen anzusehen.

- EuGH 28.4.1998, C-158/96, ECR I-1931, **Kohll**, Rdn. 35-36, 42. (Freiheit der Inanspruchnahme von medizinischen DL in einem anderen MS, Gesundheitsdienstleistungen fallen unter die elementaren Grundsätze des freien Verkehrs, nationales Recht bestimmt die Voraussetzungen für das Recht auf oder die Pflicht zu einem Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit sowie für Leistungsansprüche, dieser Anschluss muss für Inländer und Ausländer gleich sein, das Genehmigungserfordernis für die Erstattung der Behandlungskosten stellt eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs dar)

Leitsätze:

1 Soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer - Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit - Grenzen - Beachtung des Gemeinschaftsrechts - Bestimmungen des Vertrages über den freien Dienstleistungsverkehr

3 Freier Dienstleistungsverkehr - Beschränkungen - Nationale Regelung über die Erstattung von Krankheitskosten, die in einem anderen Mitgliedstaat entstanden sind - Zahnbehandlung - Erfordernis einer vorherigen Genehmigung durch den Träger der sozialen Sicherheit des Versicherungsstaats - Unzulässigkeit - Rechtfertigung - Kontrolle der Gesundheitskosten - Schutz der öffentlichen Gesundheit - Keine Rechtfertigung

4 Dass eine nationale Regelung zum Bereich der sozialen Sicherheit gehört, schließt die Anwendung der Artikel 59 und 60 des Vertrages nicht aus.

Zwar lässt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt; gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten.

6 Eine nationale Regelung, die die Erstattung der Kosten für Zahnregulierungen durch einen Zahnarzt in einem anderen Mitgliedstaat nach den Tarifen des Versicherungsstaats von der Genehmigung des Trägers der sozialen Sicherheit des Versicherten abhängig macht, verstößt gegen die Artikel 59 und 60 des Vertrages.

- EuGH C-120/95, **Decker** [1998], ECR I-1831, Rz 17 u 22, (der Bereich der sozialen Sicherheit ist kein gemeinschaftsfreier Raum, er wird nur nicht unmittelbar im Gemeinschaftsrecht geregelt)

Leitsätze:

21 Nach ständiger Rechtsprechung lässt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt (Urteile vom 7. Februar 1984 in der Rechtssache 238/82, Duphar u. a., Slg. 1984, 523, Randnr. 16, und vom 17.

Juni 1997 in der Rechtssache C-70/95, *Sodemare* u. a., Slg. 1997, I-3395, Randnr. 27).

22 In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene bestimmt somit das Recht eines jeden Mitgliedstaats, unter welchen Voraussetzungen zum einen ein Recht auf Anschluß an ein System der sozialen Sicherheit oder eine Verpflichtung hierzu (Urteile vom 24. April 1980 in der Rechtssache 110/79, *Coonan*, Slg. 1980, 1445, Randnr. 12, und vom 4. Oktober 1991 in der Rechtssache C-349/87, *Paraschi*, Slg. 1991, I-4501, Randnr. 15) und zum anderen ein Anspruch auf Leistung (Urteil vom 30. Januar 1997 in den Rechtssachen C-4/95 und C-5/95, *Stöber und Piosa Pereira*, Slg. 1997, I-511, Randnr. 36) besteht.

23 Gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten, wie der Generalanwalt in den Nummern 17 und 25 seiner Schlussanträge ausgeführt hat, bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht beachten.

24 So unterliegen Maßnahmen der Mitgliedstaaten auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, die sich auf den Absatz medizinischer Erzeugnisse und mittelbar auf deren Einfuhrmöglichkeiten auswirken können, den Vorschriften des EG-Vertrags über den freien Warenverkehr (Urteil *Duphar* u. a., Randnr. 18).

- EuGH 26.3.1996, Rs **Garcia**, Slg 1996, I-1673, Rz 14; (das Gemeinschaftsrecht darf nicht die Lebensfähigkeit der Systeme der sozialen Sicherheit gefährden)
- EuGH 17.6.1997, Rs C-70/95, **Sodemare**, Slg 1997, I-3395, Rz 27; (die Mitgliedstaaten sind zur Ausgestaltung der Systeme der sozialen Sicherheit zuständig)
- EuGH C-368/98, ECR I-5363, **Vanbraekel**, Rdn. 45. (es sind jene Kosten zu erstatten, die auch im Versicherungsstaat erstattet worden wären)

Leitsätze:

1. Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c in Verbindung mit Ziffer i der Verordnung Nr. 1408/71 in der durch die Verordnung Nr. 2001/83 geänderten und aktualisierten Fassung ist so auszulegen, dass, wenn ein Sozialversicherter vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um sich dort behandeln zu lassen, der Träger des Aufenthaltsorts verpflichtet ist, ihm Sachleistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen über die Kostenübernahme für Leistungen der Gesundheitspflege zu erbringen, als ob der Betroffene bei ihm versichert wäre.

Wurde ein Genehmigungsantrag, den ein Sozialversicherter gemäß Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c der Verordnung Nr. 1408/71 gestellt hat, durch den zuständigen Träger abgelehnt und wird die Unbegründetheit dieser Ablehnung später festgestellt, so hat der Betroffene einen unmittelbaren Anspruch gegen den zuständigen Träger auf eine Erstattung in der Höhe, wie sie der Träger des Aufenthaltsorts gemäß der Regelung nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zu erbringen gehabt hätte, wenn die Genehmigung von Anfang an ordnungsgemäß erteilt worden wäre.

Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 soll keine Erstattung zu den im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Sätzen regeln und hindert daher weder an der Gewährung einer ergänzenden Erstattung gemäß dem Unterschied zwischen der Beteiligungsregelung nach den Vorschriften dieses Staates und der für den Aufenthaltsmitgliedstaat geltenden Regelung noch schreibt er eine solche Erstattung vor, wenn die erstere Regelung günstiger als die letztere ist und die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats der Versicherungszugehörigkeit eine solche Erstattung vorsehen.

Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) ist so auszulegen, dass dann, wenn die Erstattung von Kosten, die durch in einem Aufenthaltsmitgliedstaat erbrachte Krankenhausdienstleistungen veranlasst worden sind, die sich aus der Anwendung der in diesem Staat geltenden Regelung ergibt, niedriger als diejenige ist, die sich aus der Anwendung der im Mitgliedstaat der Versicherungszugehörigkeit geltenden Rechtsvorschriften im Fall einer Krankenhauspflege in diesem Staat ergeben würde, dem

Sozialversicherten vom zuständigen Träger eine ergänzende Erstattung gemäß dem genannten Unterschied zu gewähren ist.

(vgl. Randnr. 53, Tenor 1)

2. Artikel 36 der Verordnung Nr. 1408/71 in der durch die Verordnung Nr. 2001/83 geänderten und aktualisierten Fassung kann nicht so ausgelegt werden, dass danach ein Sozialversicherter, der einen Genehmigungsantrag gemäß Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c dieser Verordnung gestellt hat und dem dieser Antrag vom zuständigen Träger abgelehnt worden ist, Anspruch auf die Erstattung sämtlicher Krankheitskosten hat, die ihm in dem Mitgliedstaat entstanden sind, in dem er behandelt worden ist, wenn sich die Ablehnung seines Genehmigungsantrags als unbegründet erweist.

- EuGH C-411/98, **Ferlini**, 3.10.2000; Rdn. 50, 58, 62.

Leitsätze:

2 Artikel 6 Absatz 1 EG-Vertrag gilt auch in Fällen, in denen eine Gruppe oder Organisation wie der Verband der luxemburgischen Krankenhäuser gegenüber Einzelpersonen bestimmte Befugnisse ausüben und sie Bedingungen unterwerfen kann, die die Wahrnehmung der durch den Vertrag gewährleisteten Grundfreiheiten beeinträchtigen.

Es stellt eine durch Artikel 6 Absatz 1 EG-Vertrag verbotene Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit dar, wenn eine Gruppe von Dienstleistenden des Gesundheitswesens ohne objektive Rechtfertigung gegenüber Beamten der Europäischen Gemeinschaften einseitig höhere Gebührensätze für ärztliche und Krankenhausleistungen bei einer Entbindung anwendet als gegenüber Personen, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit angeschlossen sind.

Das Merkmal der Zugehörigkeit zum nationalen System der sozialen Sicherheit, auf dem die Anwendung unterschiedlicher Gebührensätze für die gleichen ärztlichen und Krankenhausleistungen beruht, bedeutet eine mittelbare Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit. Während nämlich die dem gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften und nicht dem nationalen System der sozialen Sicherheit

angeschlossenen Personen, die im luxemburgischen Staatsgebiet ärztliche und Krankenhausleistungen in Anspruch nehmen, ganz überwiegend Staatsangehörige anderer Mitgliedstaaten sind, sind die im Inland wohnhaften luxemburgischen Staatsangehörigen ganz überwiegend dem nationalen System der sozialen Sicherheit angeschlossen.

- EuGH 12.7.2001, C-159/99, **Smits und Peerbooms**, ECR I-5473; Rdn. 76-80, 90, 105, 104; (medizinische Tätigkeiten sind als Dienstleistungen im Sinne des EGV anzusehen, ohne dass danach zu unterscheiden ist, ob die Behandlung im klinischen Rahmen oder außerhalb davon erfolgt; Gesundheitsdienstleistungen fallen unter die elementaren Grundsätze des freien Verkehrs; die Person des Entgelterbringers ist für den Begriff der Entgeltlichkeit iS von Art 50 EGV unerheblich; der Erbringer der Gesundheitsdienstleistung erhält eine wirtschaftliche Gegenleistung - egal ob nach dem Kostenerstattungs- oder Sachleistungsprinzip; das Genehmigungserfordernis für die Erstattung von Kosten einer Krankenhausbehandlung ist aufgrund ihrer Besonderheit notwendig und angemessen; es besteht jedoch eine Genehmigungspflicht bei Erstattungsfähigkeit der Kosten und bei nicht rechtzeitiger und adäquater Versorgung im Versicherungsstaat)

Leitsätze:

1. Eine in einem Mitgliedstaat erbrachte medizinische Leistung, die vom Patienten vergütet wird, kann ihre Zugehörigkeit zum Geltungsbereich des vom Vertrag gewährleisteten freien Dienstleistungsverkehrs nicht schon allein deshalb verlieren, weil die Erstattung der Kosten für die in Rede stehende Versorgung nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats über die Krankenversicherung beantragt wird, die im Wesentlichen Sachleistungen vorsehen.

(vgl. Randnr. 55)

2. Der Umstand, dass eine medizinische Krankenhausbehandlung auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen und im Voraus festgesetzter Sätze unmittelbar von den Krankenkassen finanziert wird, ist nicht geeignet, eine

derartige Behandlung dem Bereich der Dienstleistungen im Sinne von Artikel 60 EG-Vertrag (jetzt Artikel 50 EG) zu entziehen.

Denn diese Bestimmung verlangt nicht, dass die Dienstleistung von demjenigen bezahlt wird, dem sie zugutekommt, und die Zahlungen der Krankenkassen im Rahmen eines Systems vertraglicher Vereinbarungen stellen, auch wenn sie pauschal erfolgen, durchaus die wirtschaftliche Gegenleistung für die Leistungen des Krankenhauses dar und weisen zweifellos für die Krankenanstalt, der sie zugutekommen und die sich wirtschaftlich betätigt, Entgeltcharakter auf.

(vgl. Randnrn. 56-58)

3. Die Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) und 60 EG-Vertrag (jetzt Artikel 50 EG) stehen einer Regelung eines Mitgliedstaats nicht entgegen, die die Übernahme der Kosten für die Versorgung in einer Krankenanstalt in einem anderen Mitgliedstaat davon abhängig macht, dass die Krankenkasse, der der Versicherte angeschlossen ist, eine vorherige Genehmigung erteilt, und nach der dies der doppelten Voraussetzung unterliegt, dass zum einen die Behandlung als in ärztlichen Kreisen üblich" betrachtet werden kann, wobei dieses Kriterium auch dann angewandt wird, wenn es um die Frage geht, ob die im Inland gewährte Krankenhauspflege gedeckt ist, und dass zum anderen die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert. Dies gilt jedoch nur, soweit

- die Voraussetzung der Üblichkeit der Behandlung so ausgelegt wird, dass die Genehmigung ihrerwegen nicht versagt werden kann, wenn es sich erweist, dass die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin hinreichend erprobt und anerkannt ist, und

- die Genehmigung nur dann wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit versagt werden kann, 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.

Daher lassen sich derartige Voraussetzungen mit der Notwendigkeit rechtfertigen, im Inland ein ausreichendes, ausgewogenes und ständiges

Angebot an Krankenhausversorgung aufrechtzuerhalten und die finanzielle Stabilität des Systems der Krankenversicherung zu gewährleisten.

- EuGH 13.5.2003, C-385/99, **Müller-Fauré and Van Riet** [2003], ECR I-4503, Rdn. 93, 75, 98, 106, 107, (Unzulässigkeit des Genehmigungserfordernisses bei Behandlungen außerhalb eines Krankenhauses, wenn die Höhe der Erstattung die Deckung im Versicherungsstaat nicht übersteigt; Festsetzung von Voraussetzungen für die Leistungsgewährung (z.B. Konsultation eines Allgemeinmediziners vor Besuch eines Facharztes) ist erlaubt; die Erstattung kann auch mittels einer Pauschale, wenn die tatsächlichen Kosten im Versicherungsstaat nicht eruiert werden können, vorgenommen werden)
- EuGH 16.5.2004, C-372/04, **Watts**, Rdn. 147 (Subsidiarität schließt nicht aus, dass die MS ihre Sozial- und Gesundheitssysteme an Gemeinschaftsregelungen anpassen müssen)

Leitsätze:

2. Artikel 49 EG ist auf einen Fall anwendbar, in dem sich eine Person, deren Gesundheitszustand eine Krankenhausbehandlung erforderlich macht, in einen anderen Mitgliedstaat begibt und dort gegen Entgelt eine derartige Behandlung erhält, ohne dass zu prüfen wäre, ob die Leistungen der Krankenhausversorgung, die im Rahmen des nationalen Systems erbracht werden, auf dessen Leistungen diese Person Anspruch hat, selbst Dienstleistungen im Sinne der Bestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr darstellen.

Der Umstand, dass die Erstattung der Kosten dieser Krankenhausbehandlung später bei einem nationalen Gesundheitsdienst beantragt wird, schließt die Anwendung der Bestimmungen über den durch den Vertrag gewährleisteten freien Dienstleistungsverkehr nicht aus. Eine medizinische Leistung verliert nämlich nicht deshalb ihren Charakter als Dienstleistung im Sinne von Artikel 49 EG, weil der Patient, nachdem er den ausländischen Dienstleistungserbringer für die erhaltene Behandlung bezahlt hat, später die Übernahme der Kosten dieser Behandlung durch einen nationalen Gesundheitsdienst beantragt.

3. Artikel 49 EG ist dahin auszulegen, dass er dem nicht entgegensteht, dass die Übernahme der Kosten einer beabsichtigten Krankenhausbehandlung in einer Einrichtung in einem anderen Mitgliedstaat von der Erlangung einer vorherigen Genehmigung durch den zuständigen Träger abhängig gemacht wird.

Die Versagung einer vorherigen Genehmigung darf jedoch 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 Gesundheitszustands des Patienten, seiner Vorgeschichte, der voraussichtlichen Entwicklung seiner Krankheit, des Ausmaßes seiner Schmerzen und/oder der Art seiner Behinderung zum Zeitpunkt der erstmaligen oder erneuten Beantragung der Genehmigung erfolgt ist.

5. Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i der Verordnung Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der durch die Verordnung Nr. 118/97 geänderten und aktualisierten Fassung ist dahin auszulegen, dass sich der Anspruch, den er dem Patienten gewährt, dem genehmigt wurde, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, ausschließlich auf die Kosten bezieht, die mit der Gesundheitsversorgung verbunden sind, die der Patient im Aufenthaltsmitgliedstaat erhalten hat, d. h., soweit es um eine Krankenhausbehandlung geht, auf die Kosten der eigentlichen medizinischen Leistungen und die damit untrennbar verbundenen Ausgaben für den Aufenthalt des Betroffenen im Krankenhaus.

Diese Bestimmung hat nicht zum Ziel, die Frage der Nebenkosten wie Reisekosten und Kosten einer etwaigen Unterbringung außerhalb des Krankenhauses zu regeln.

6. Artikel 49 EG ist dahin auszulegen, dass ein Patient, dem genehmigt wurde, sich in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben, um sich dort in

einem Krankenhaus behandeln zu lassen, oder dem die Genehmigung mit einem sich später als unbegründet erweisenden Bescheid versagt wurde, nur insoweit berechtigt ist, vom zuständigen Träger die Übernahme der Nebenkosten dieser zu medizinischen Zwecken erfolgten Auslandsreise zu verlangen, als die Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats dem nationalen System eine entsprechende Übernahmepflicht im Rahmen einer in einer örtlichen Einrichtung dieses Systems erbrachten Behandlung auferlegen.

7. Die Verpflichtung des zuständigen Trägers nach Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der durch die Verordnung Nr. 118/97 geänderten und aktualisierten Fassung und nach Artikel 49 EG, einem Patienten, der Anspruch auf Leistungen eines nationalen Gesundheitsdienstes hat, zu Lasten dieses Trägers eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu genehmigen, wenn die Wartezeit den zeitlichen Rahmen überschreitet, der unter Berücksichtigung einer objektiven medizinischen Beurteilung des Zustands und des klinischen Bedarfs des betroffenen Patienten vertretbar ist, verstößt nicht gegen Artikel 152 Absatz 5 EG, wonach bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt wird.

Artikel 152 Absatz 5 EG schließt nämlich nicht aus, dass die Mitgliedstaaten nach anderen Vertragsbestimmungen wie Artikel 49 EG oder nach auf der Grundlage anderer Vertragsbestimmungen erlassenen Gemeinschaftsmaßnahmen wie Artikel 22 der Verordnung Nr. 1408/71 verpflichtet sind, Anpassungen in ihren nationalen Systemen der sozialen Sicherheit vorzunehmen, ohne dass dies als Eingriff in ihre souveräne Zuständigkeit in dem betreffenden Bereich angesehen werden könnte.

Im Übrigen können die sich aus den Artikeln 49 EG und 22 der Verordnung Nr. 1408/71 ergebenden Anforderungen nicht so verstanden werden, dass

dadurch den Mitgliedstaaten die Verpflichtung auferlegt wird, die Kosten von Krankenhausbehandlungen in anderen Mitgliedstaaten ohne Rücksicht auf Haushaltszwänge zu übernehmen, sondern entspringen vielmehr dem Bemühen um ein Gleichgewicht zwischen dem Ziel der Freizügigkeit der Patienten einerseits und den nationalen Zwängen der Planung der verfügbaren Krankenhauskapazitäten, der Beherrschung der Gesundheitskosten und des finanziellen Gleichgewichts der Systeme der sozialen Sicherheit andererseits.

- EuGH 19.4.2007, C-444/05; **Stamatelaki**

Leitsätze:

Art. 49 EG steht einer Regelung eines Mitgliedstaats der im Ausgangsverfahren in Rede stehenden Art entgegen, die jede Erstattung der Kosten der Behandlung der bei einem nationalen Sozialversicherungsträger Versicherten in Privatkliniken in einem anderen Mitgliedstaat, außer für die Behandlung von Kindern im Alter von bis zu 14 Jahren, ausschließt.

- EuGH 5.10.2010, C-512/08; **Kommission / Frankreich**

(Genehmigungserfordernis für Behandlungen mit medizinischen Großgeräten auch außerhalb von Krankenhäusern gerechtfertigt, ergänzender Kostenerstattungsanspruch gegenüber den Versicherungsträger im Heimatstaat)

V. EUROPÄISCHE INITIATIVEN – INTERINSTITUTIONELLER WERDEGANG

- Vorschlag der Kommission aus dem Jahr 2004, Bestimmungen über Gesundheitsdienstleistungen in die Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt aufzunehmen; das Europäische Parlament und der Rat lehnten dies jedoch ab und verlangten die Vorlage spezifischer Vorschläge zur Kodifizierung der Rechtsprechung des EuGH über Gesundheitsdienstleistungen und Patientenmobilität;
- Mitteilung über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union (KOM (2004) 301 endg., 20. April 2004);
- Bericht des Europäischen Parlaments über Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union, April 2005;
- Schlussfolgerungen des Rates vom Juni 2006 zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Gesundheitssystemen der Europäischen Union“;
- Bericht über die Arbeiten der Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung; 2006, Europäische Kommission;
- Mitteilung der Kommission „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“, Brüssel, 26. September 2006 SEC (2006) 1195/4;
- Zusammenfassung des „Berichts über die Beiträge zur Konsultation über Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“, 2007;

- Entschließung des Europäischen Parlaments zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, März 2007;
- Bericht des Europäischen Parlaments über Auswirkungen und Folgen der Ausklammerung von Gesundheitsdiensten aus der Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt, Mai 2007;
- Inoffizieller Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Ende 2007, (5. informeller Entwurf);
- Offizieller Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM(2008) 414 endgültig, 2. Juli 2008;
- MITTEILUNG DER KOMMISSION, Ein Gemeinschaftsrahmen für die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM(2008) 415 endgültig, 2. Juli 2008;
- ARBEITSDOKUMENT DER KOMMISSIONSDIENSTSTELLEN, Begleitdokument zum Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ZUSAMMENFASSUNG DER FOLGENABSCHÄTZUNG (von der Kommission vorgelegt) {KOM(2008) 414 final} {SEK(2008) 2163};
- Entwurf einer Stellungnahme des Europäischen Datenschutzbeauftragten zu dem Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (2009/C 128/03);
- STELLUNGNAHME des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses zu dem "Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden

Gesundheitsversorgung" KOM(2008) 414 endg. - 2008/0142 (COD); (2009/C 175/22); SOC/322 "Gesundheitsversorgung/ Patientenrechte"; 4. Dezember 2008;

- 2916. Tagung des Rates Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz , Brüssel, 16./17. Dezember 2008, Erörterung des Richtlinienvorschlages;
- Stellungnahme des Ausschusses der Regionen „Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ (2009/C 120/12), 12. Februar 2009;
- Legislative Entschließung des Europäischen Parlaments vom 23. April 2009 zu dem Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung KOM(2008)0414 – C6-0257/2008 – 2008/0142(COD), P6_TA-PROV(2009)0286, Verfahren der Mitentscheidung: erste Lesung;
- 2947. Tagung des Rates Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz, Luxemburg, 8./9. Juni 2009, Erörterung der weiteren Vorgehensweise;
- 2980. Tagung des Rates Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz, Brüssel, 30. November/1. Dezember 2009, Scheitern einer politischen Einigung;
- 3019. Tagung des Rates Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz, Brüssel, 8. Juni 2010, Politische Einigung;
- 3032. Tagung des Rates der Europäischen Union, Brüssel, 13. September 2010, Annahme des Gemeinsamen Standpunktes.
- Stellungnahme EP 2. Lesung, 19. Jänner 2011

- Standpunkt der Kommission zu Änderungsanträgen EP 2. Lesung, 19. Jänner 2011
- Annahme Stellungnahme der Kommission zu Änderungen des EP in 2. Lesung, 24. Februar 2011
- Übermittlung Stellungnahme der Kommission zu Änderungen durch EP 2. Lesung an Rat, 24. Februar 2011
- Übermittlung Stellungnahme der Kommission zu Änderungen 2. Lesung an EP, 24. Februar 2011
- 3072. Tagung des Rates der Europäischen Union, Annahme in 2. Lesung, 28. Februar 2011
- Unterzeichnung EP und Rat, 09. März 2011

VI. ÖSTERREICHISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Den Gesundheitsdienstleistungen kommt ein besonderer Stellenwert als „Dienstleistung von allgemeinem“ Interesse zu, da sie mit besonderen Gemeinwohlverpflichtungen verbunden sind.

In Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder werden Gebietskörperschaften verpflichtet, eine ausreichende Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen.

VI.I. Bund

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) – grundsatzgesetzliche Regelungen

Nach § 18 KAKuG ist jedes Land verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen.

Dabei sind auch der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitversorgung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen.

Diese Bestimmung enthält nähere Vorgaben über die „Sicherstellungsverpflichtung“. So muss etwa in jedem Land mindestens eine Schwerpunktkrankenanstalt eingerichtet sein.

Die Landesgesetzgebung hat auch sicherzustellen, dass für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbare Kranke, eine ausreichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse vorhanden ist.

VI.II. Land

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG

In Ausführung grundsatzgesetzlicher Vorgaben des Bundes ist in § 30 Wr. KAG die Verpflichtung des Landes Wien zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege normiert.

Demnach ist unter Bedachtnahme auf den Landeskrankenanstaltenplan Anstaltspflege für Personen, die Wiener Landesbürger sind oder als Fremde ihren Hauptwohnsitz in Wien haben, sofern sie anstaltsbedürftig sind oder sich einem operativen Eingriff unterziehen, sicherzustellen. Dies kann durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit anderen Rechtsträgern erfolgen.

Dabei ist der Bedarf auf dem Gebiet der Langzeitbehandlung und die in diesem Zusammenhang zu erwartende künftige Entwicklung zu berücksichtigen.

Außerdem ist das Land Wien verpflichtet, Anstaltspflege für unabweisbare Kranke sicherzustellen.

Für je 250.000 bis 500.000 Bewohner ist eine Schwerpunktkrankenanstalt einzurichten.

Öffentliche Krankenanstalten sind nach § 57 Wr. KAG verpflichtet, den Betrieb ohne Unterbrechung aufrecht zu erhalten. Eine Betriebsunterbrechung oder Auflassung der Krankenanstalt bedarf einer Genehmigung der Landesregierung.

Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz – WRKG

Nach § 5 WRKG ist die Stadt Wien zur Sicherstellung des Rettungsdienstes für das Gemeindegebiet verpflichtet. Zur Erfüllung dieser Aufgabe kann sie einen eigenen Rettungsdienst betreiben. Sie kann sich aber auch der ausschließlichen oder teilweisen Tätigkeit bewilligter Rettungsdienste bedienen und einen Rettungsverbund organisieren.

VI.III. Organisation und Finanzierung

VI.III.I. Rechtsträgerschaft

Die Rechtsträgerschaft des Wiener Gesundheitsversorgungssystems zeichnet sich durch eine Kombination von öffentlicher und privater Organisation aus. Den Spitalsambulanzen in öffentlichen Krankenanstalten kommt hier eine tragende Rolle im Bereich der Wiener Gesundheitsversorgung zu. Ihre Leistungen werden 24 Stunden am Tag im Rahmen von Notfall- und Unfallambulanzen, wie auch zum Zwecke von Nachbehandlungen und Untersuchungen erbracht. Parallel dazu werden ambulante Behandlungen im niedergelassenen Bereich durch AllgemeinmedizinerInnen und durch FachärztInnen privat zur Verfügung gestellt. Das Wiener Gesundheitswesen ist durch einen hohen Anteil an Besuchen in Krankenanstalten gekennzeichnet. Dies zeigt sich zum Teil in der Bedeutung der Spitalsambulanzen.

In Wien treten folgende Rechtsträger als Betreiber von Krankenanstalten auf:

1. Gebietskörperschaften (Stadt Wien, Bund)
2. Sozialversicherungsträger
3. Kirchen und Ordensgemeinschaften
4. Kapital- und Personengesellschaften
5. Vereine
6. Natürliche Personen

So tritt etwa die Wiener Gebietskrankenkasse als Betreiberin des Hanusch-Krankenhauses auf. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder unterliegt der Führung der Österreichischen Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder. Das Evangelische Krankenhaus Wien wird wiederum von der eigens zum Zweck des Krankenanstaltenbetriebs gegründeten „Evangelischen Krankenhaus Wien gemeinnützige Betriebsgesellschaft m.b.H“ betrieben. Im 9. Wiener Gemeindebezirk tritt die unabhängige Neue Wiener Privatklinik Döbling GmbH als private Rechtsträgerin einer dort befindlichen Krankenanstalt auf.

Rechtsträger von selbständigen Ambulatorien sind zum überwiegenden Teil natürliche Personen.

Der Bund ist Rechtsträger des Heeresspitals Wien sowie des Heeresambulatoriums Wien. Die Krankenabteilung der Justizanstalt Josefstadt stellt gemäß § 2 Abs 2 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) keine Krankenanstalt dar und hat daher bei dieser Aufzählung keine Berücksichtigung zu finden.

Eine Sonderstellung nimmt als Betreiberin der Privatkrankenanstalt Sanatorium Hera die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien ein, die eine Einrichtung mit eigener Rechtspersönlichkeit aber kein Sozialversicherungsträger ist.

Aufgrund der unterschiedlichen Rechtsträger können in Wien folgende Finanzierungs- und Betriebsmodelle bei Krankenanstalten unterschieden werden:

- Fondsfinanzierte, gemeinnützige Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht (Krankenanstalten der Stadt Wien)
- Fondsfinanzierte, gemeinnützige Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht (zB Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern)
- Privatkrankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht, Finanzierung über den PRIKRAF (zB Kranken- und Entbindungsanstalt „Goldenes Kreuz“ Wien)
- Gemeinnützige, nicht öffentliche Unfallkrankenhäuser der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
- Gemeinnützige, nicht öffentliche Sonderheilanstalten (zB Anton Proksch-Institut)
- Gemeinnützige, nicht öffentliche Rehabilitationszentren der AUVA
- Gemeinnützige Pflegekrankenanstalten, ohne Öffentlichkeitsrecht (zB Haus der Barmherzigkeit der Caritas)
- Nicht gemeinnütziges, nicht öffentliches Heeresspital des Bundesministeriums für Landesverteidigung.

VI.III.II. Finanzierung und Planung

Nach Art. 12 Abs. 1 Ziffer 1 B-VG ist die Gesetzgebung über die Grundsätze im Bereich der Heil- und Pflegeanstalten Bundessache, Landessache ist die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung. Damit obliegt im Bereich des

Krankenanstaltenwesens dem Bund die Grundsatzgesetzgebung und den neun Bundesländern die Ausführungsgesetzgebung sowie die Vollziehung. Aufgrund dieser in der Bundesverfassung vorgegebenen Kompetenzverteilung ist die Sicherstellung der Spitalsversorgung im Gesundheitswesen Sache der Länder.

Seit 1978 wird die Spitalsfinanzierung im Rahmen von auf der österreichischen Bundesverfassung basierenden, jeweils zeitlich befristeten, Verträgen (Art. 15a B-VG Vereinbarungen) zwischen dem Bund und den neun Bundesländern geregelt.

Mit der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 wurde mit 1. Jänner 1997 die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt. Mit derselben Vereinbarung wurde der seit 1978 bestehende Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) durch neun Landesfonds abgelöst. Die bis dahin an den KRAZAF einbezahlten Mittel der Sozialversicherung und der Gebietskörperschaften flossen ab diesem Zeitpunkt an neun einzelne Landesfonds.

Durch die Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005 - 2008 wurde für den Bund erstmals die Möglichkeit geschaffen, mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 – ÖSG umfassende, bundesweite Planungs- und Qualitätsvorgaben zu definieren. Den Ländern wird dabei die landesspezifische Detailplanung überlassen. Daneben wurden die einzelnen Landesfonds durch die noch heute bestehenden Landesgesundheitsfonds (öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit) ersetzt.

Mit der nunmehr aktuellen Art. 15a B-VG Vereinbarung für die Jahre 2008 – 2013 erfolgt im Wesentlichen die Fortschreibung der bereits in der vergangenen Periode vereinbarten und begonnenen Maßnahmen einer gemeinsamen Steuerung und Planung. Unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche sollen dabei insbesondere folgende Schritte gesetzt werden:

- Sicherstellung eine gemeinsamen integrierten und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung im Gesundheitswesen,
- Erhöhung der Verbindlichkeit in der Gesundheitsplanung auf Länderebene durch wechselseitige Abstimmung der intra- und extramuralen Versorgungsplanung und
- Aufbau eine sektorenübergreifende Finanzierung.

Zu den in der „integrierten Gesundheitsstrukturplanung“ umfassten Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung zählen:

- der stationäre Bereich (Krankenanstalten im Sinne von § 2 KAKuG),
- der ambulante Bereich (Ambulanzen in den Akutkrankenanstalten, selbstständige Ambulatorien, niedergelassene ÄrztInnen mit Gruppenpraxen und sonstige frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen),
- der Rehabilitationsbereich (stationär wie auch ambulant), sowie der
- Pflegebereich, soweit dieser für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

Aufbauend auf den ÖSG erfolgt die Detailplanung der integrierten Gesundheitsstrukturplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) der einzelnen Länder.

In Wien wurde der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) im November 2009 von der Wiener Gesundheitsplattform beschlossen. Der RSG beschreibt die Strukturen der Gesundheitsversorgung im Bundesland Wien mit dem Planungshorizont 2015 in den vier Dimensionen stationärer Bereich, ambulanter Bereich, medizinisch-technische Großgeräte und im Bereich Nahtstellen zwischen den Sektoren. Das Ziel des RSG war es, unter Kriterien der Versorgungsgerechtigkeit, Bedarfs- und PatientInnenorientierung und Wirtschaftlichkeit die Strukturen der Gesundheitsversorgung zu optimieren. Erstmals ist es einem Bundesland gelungen, ein derartig umfassendes, integriertes Planungsvorhaben im Zusammenwirken mit allen relevanten Stakeholdern erfolgreich durchzuführen.

Bis 2015 sollen aufgrund der Planungen ca. 400 Betten im akutstationären Bereich abgebaut werden. Durch Verlagerungen, Leistungsbündelungen und Bildung von

Schwerpunktangeboten soll die Effizienz der intramuralen Versorgung erhöht werden. Insbesondere die Bereiche der Akutgeriatrie, Palliativversorgung und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden dabei deutlich ausgebaut (z.T. verdoppelt)

Der stationäre Teil des RSG wird durch eine Verordnung der Wiener Landesregierung, mit der der Wiener Krankenanstaltenplan erlassen wird, rechtlich umgesetzt.⁶⁶

Der Wiener Krankenanstaltenplan bezieht sich auf die von der Gesundheitsplanung umfassten Krankenanstalten Wiens. Dies sind die Fondskrankenanstalten im Sinne von § 64a Abs 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, deren Finanzierung auf Grundlage der obgenannten Artikel 15a – Vereinbarung über den Wiener Gesundheitsfonds erfolgt.

Der Wiener Krankenanstaltenplan legt in Umsetzung des RSG Wien und unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Vorgaben sowie auf die bestehenden Strukturen ein abgestuftes und bedarfsgerechtes Krankenhausversorgungssystem fest.

Im Wiener Krankenanstaltenplan werden die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung für das gesamte Bundesland, die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) für jede von der Planung umfasste Krankenanstalt, Standorte und Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte (GGP) sowie Strukturqualitätskriterien festgelegt.

Bei der Erlassung der Verordnung wird berücksichtigt, dass die Versorgungswirkung der Wiener Fondskrankenanstalten und Unfallkrankenhäuser weit über die Wiener Stadtgrenzen hinaus reicht und speziell bei Patientengruppen, die einer hoch spezialisierten Versorgung bedürfen, besonders intensiv ist.

⁶⁶ Verordnung der Wiener Landesregierung, mit der der Wiener Krankenanstaltenplan 2010 (WKAP 2010) erlassen wird; LGBl für Wien Nr. 35/2010.

VII. DER GESUNDHEITSEKTOR IN WIEN

Leistungsangebote der Stadt Wien

Die Stadt Wien erbringt sowohl im stationären als auch im ambulanten Versorgungsbereich umfassende Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung.

VII.I. Der Wiener Krankenanstaltenverbund

Seit 1. Jänner 2002 ist der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) der organisatorische Zusammenschluss sämtlicher städtischen Krankenhäuser und Geriatriezentren, sowie von Ausbildungsstandorten für Pflegepersonal der Stadt Wien.

Dem KAV kommt der statutmäßige Auftrag zu, kranke und pflegebedürftige Menschen medizinisch, pflegerisch und psychologisch zu betreuen. Um diese Aufgabe zu erfüllen, führt der KAV die Krankenanstalten und Pflegeheime der Stadt Wien sowie sonstige Einrichtungen, die dem Betrieb dieser Krankenanstalten und Pflegeheime unmittelbar dienen. Durch den Betrieb dieser Einrichtungen kommt das Land Wien den durch § 30 Wr. KAG gegebenen Auftrag zur Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege in Wien nach.

VII.I.I. Organisation

Der größte Krankenanstaltenträger in Wien ist die Gemeinde Wien als Trägerin des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV).

Dem KAV wurde mit Verordnung des Gemeinderates, mit der ein Statut für die Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“ erlassen wird, die Rechtsstellung einer Unternehmung gemäß § 71 Wiener Stadtverfassung (WStV) zuerkannt, die keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt, deren Vermögen jedoch vom sonstigen dem Magistrat der Stadt Wien zugewiesenen Vermögen gesondert verwaltet wird.

Insgesamt vereinigt der KAV unter seinem Dach 12 Krankenanstalten. Im Einzelnen sind dies das Kaiserin Elisabeth-Spital, die Krankenanstalt Rudolfstiftung (mit Standort Semmelweiß Frauenklinik), Krankenhaus Hietzing (mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel), Orthopädisches Krankenhaus Gersthof, Wilheminspital, Otto Wagner-Spital, Floridsdorf, Donauspital, Sophienspital, Kaiser-Franz-Josef-Spital (mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital), sowie das Therapiezentrum Ybbs mit Standort in Ybbs an der Donau. Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien stellt aufgrund seiner fachlichen Spezialisierung und seiner Sonderstellung als Forschungsstätte der Medizinischen Universität Wien eine eigene Teilunternehmung dar.

Im Nordosten Wiens wird derzeit ein neues Spital (Krankenhaus Nord) mit ca. 779 Betten nach modernsten Standards errichtet, in welchem durch neue Schwerpunktsetzungen die spitzenmedizinische Versorgung der Wiener Bevölkerung optimiert wird.

Daneben werden auch zahlreiche Pflegewohnhäuser betrieben, welche zum Teil den selben Standort wie die Spitäler haben. Für diese Arten von Kombination aus medizinischer und geriatrischer Versorgung hat sich historisch der Begriff „Sozialmedizinisches Zentrum“ eingebürgert.

Weitere Informationen zum Wiener Krankenanstaltenverbund finden sich im Geschäftsbericht 2010.⁶⁷

VII.I.II. Versorgungsprinzip – Gleicher Zugang für Alle

Aus landesrechtlicher Sicht handelt es sich bei den von der Stadt Wien betriebenen Krankenanstalten um solche, die nach krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben als „gemeinnützig“ anzusehen sind und daher einen gleichen Zugang zu den medizinischen Leistungen für alle gewährleisten.

Die Gemeinnützigkeit zeichnet sich gemäß § 26 Wr. KAG vornehmlich durch folgende Faktoren aus:

⁶⁷ http://www.wienkav.at/intranet/cache/Doku/kav_gb_2010_08_30_intranet_vga_78499_78681.pdf

- Die Erzielung eines Gewinns darf nicht beabsichtigt werden
- Jeder Aufnahmebedürftige ist nach Maßgabe der Anstaltseinrichtung aufzunehmen.
- Die PatientInnen sind solange in der Krankenanstalt unterzubringen, ärztlich zu behandeln, zu pflegen und zu verköstigen, als es ihr Gesundheitszustand nach dem Ermessen des/der behandelnden Arztes/Ärztin erfordert
- Für die ärztliche Behandlung der PatientInnen einschließlich der Pflege, sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse ist für die Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand maßgebend.
- Die Höhe der Pflegegebühren ist für alle PatientInnen derselben Gebührenklasse in derselben Höhe festgesetzt.
- Die Bediensteten der Krankenanstalt sind – von einzelnen Ausnahmen abgesehen – von den PatientInnen in keiner Weise zu entlohnen.
- Die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten darf ein Viertel der Summe der Gesamtbettenanzahl der Anstalt nicht übersteigen.

Vor allem die erwähnte Übertragung durch Hoheitsakt und die Gemeinnützigkeit gewährleisten, dass es sich beim Betrieb von Krankenanstalten um Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse gemäß Art 106 Abs. 2 AEUV (ex- Art 86 Abs 2 EGV) handelt.

Rund 32.000 Beschäftigte kümmern sich 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr um das Wohl der ihnen anvertrauten PatientInnen und sind auf diese Weise ein wichtiger Erfolgsfaktor für das hervorragende Wiener Gesundheitswesen.

VII.I.III. Höchste Qualität

Die Spitäler des KAV befinden sich mit ihren Leistungen im Spitzenfeld der internationalen Medizin. Dies zeigt sich etwa in der Behandlung von Unfällen, Schlaganfällen, Herzinfarkten, Transplantationen, in der Schwangerschaftsbetreuung, Geburtshilfe oder Orthopädie. Nicht zuletzt sei in

diesem Zusammenhang auch die Wiener Onkologie erwähnt, wo jährlich hohe Summen in neueste Therapien und Medikamente investiert werden.

VII.I.IV. Forschung

Neben dem ambulanten und stationären Bereich sollte an dieser Stelle auch der Bereich der medizinischen Forschung Erwähnung finden.

Im Rahmen seiner Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien stellt das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien (AKH Wien) ein umfangreiches Forschungsangebot vor allem in den Bereichen der Immunologie, der Onkologie, der vaskulären Medizin, der Neurowissenschaften und zahlreichen anderen Bereichen, zur Verfügung. Einen weiteren Schwerpunkt der Zusammenarbeit zwischen der Wissenschaft und der Stadt Wien bildet die am AKH Wien eingerichtete Ethikkommission, welche sich aus Mitgliedern aus dem medizinischen und naturwissenschaftlichen Bereich, jedoch auch aus Jurist/innen und Theolog/innen zusammensetzt. Sie begutachtet klinische Forschungsprojekte, die an der Medizinischen Universität Wien sowie im AKH Wien durchgeführt werden. Des Weiteren nimmt sie zu medizinethischen Fragen Stellung, die ihr von Mitgliedern der Medizinischen Universität Wien oder vom AKH Wien vorgelegt werden.

VII.II. Ambulante Gesundheitsdienstleistungen der MA 15

VII.II.I. Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

Familienplanung

Die Magistratsabteilung 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien stellt den ärztlichen Dienst an der Beratungsstelle für Familienplanung der MA 11 – Amt für Jugend und Familie. In dieser Stelle sind abwechselnd 3 Gynäkologinnen, Sozialarbeiterinnen und eine Ordinationsassistentin tätig. Es werden gynäkologische Untersuchungen, Schwangerschaftstests, Beratung über Kinderwunsch oder Verhütung und Aufklärung über den Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. Diese Angebote sind für Frauen und junge Mädchen kostenlos.

Anzahl der ärztlichen Konsultationen im Jahr 2009: 2.843

Rechtliche Grundlage:

Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz § 12 i.V.m. § 13 und § 14;

Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien.

Familienhebammen

Die MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien führt vier Familienhebammenstützpunkte.

Im Jahr 2009 waren in Wien 8 Familienhebammen für die Bevölkerung tätig. Darüber hinaus waren die Familienhebammen in einigen Eltern – Kind – Zentren der MA 11 – Amt für Jugend und Familie tätig.

Ein Aufgabenschwerpunkt der Familienhebammen ist umfassende Geburtsvorbereitung als Einzel-, oder Gruppenberatung in Form von Informationsgesprächen über die Schwangerschaft, bevorstehende Geburt, Stillen, Wochenbett und Babypflege sowie Schwangerenturnen.

Ein weiterer Schwerpunkt und einzigartiges Angebot ist die Betreuung von Risikoschwangeren (vorzeitige Wehen, Mehrlingsschwangerschaften, sozioökonomische oder psychosoziale Belastungssituation, Migrantinnen usw.).

Im Jahr 2009 wurden bei 3.128 Kontakten Risikoschwangere betreut.

Die Angebote sind für die Schwangeren kostenlos.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 8.040 Schwangere betreut.

Rechtliche Grundlage:

Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz § 12 i.V.m. § 13 und § 14;

Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens § 59 Abs. 3 und 4;

Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien.

Elternberatungsstellen

In Wien führt die MA 11 – Amt für Jugend und Familie rund 30 Elternberatungsstellen.

Den ärztlichen Dienst stellt die MA15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien mit teilbeschäftigten KinderärztInnen und ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Die Hauptaufgaben sind die unentgeltliche Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Das kostenlose Angebot gilt der gesundheitlichen, psychosozialen und psychohygienischen Prophylaxe. Ein sehr wichtiger Bestandteil ist auch die Pflege-, Ernährungs- und Stillberatung.

Anzahl der Beratungen 2009: 30.045

Rechtliche Grundlage:

Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz § 12 i.V.m. § 13 und § 14;

Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens § 59 Abs. 3;

Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien.

Entwicklungsdiagnostik

Mit dem „Wiener Risikokinderprogramm“ werden Neugeborene erfasst, bei denen ein erhöhtes Risiko für frühkindliche Entwicklungsbeeinträchtigung besteht. Zugewiesene Kinder kommen zur Abklärung bei Auffälligkeiten im Bereich der Bewegungsentwicklung, der Wahrnehmungsfunktionen, der Sprache, der intellektuellen Entwicklung und/oder des Verhaltens. Durch entwicklungsdiagnostische Untersuchungen werden Auffälligkeiten frühzeitig entdeckt und nach Maßgabe der Ressourcen eine Behandlung durchgeführt (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Gruppentherapie) bzw. veranlasst. Das dazu eingesetzte entwicklungsdiagnostische Team besteht neben ÄrztInnen aus

PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und Sonder- und HeilpädagogInnen.

Die Angebote sind für die Betroffenen kostenlos.

Die Gesamtzahl der Untersuchungen und Therapieeinheiten im Jahr 2008: 7.574

Rechtliche Grundlage:

Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz § 12 i.V.m. § 13 und § 14;

Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens § 59 Abs. 3;

Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien.

VII.II.II. Vorsorgeuntersuchungsstellen der MA 15

Das Angebot der Vorsorgeuntersuchung ist kostenlos und richtet sich an alle Menschen

ab 18 Jahren, unabhängig davon ob sie versichert sind oder nicht. Bei versicherten Personen wird die Leistung mit dem Versicherungsträger abgerechnet.

Vorsorgeuntersuchungen werden in den städtischen Vorsorgeuntersuchungsstellen der Stadt Wien und in Wien angesiedelten Betrieben durchgeführt. Die Untersuchungen dienen der Früherkennung von Krankheiten und potentiellen Gesundheitsrisiken und enthalten mehr erfasste Parameter als das gesetzlich vorgesehene Untersuchungsprogramm. Sie beinhalten eine internistische, eine laryngologische und eine gynäkologische Untersuchung, Lungenfunktionstest und eine Reihe weiterer Laboruntersuchungen.

Die Anzahl der Gesundenuntersuchungen im Jahr 2009: 13.195

Rechtliche Grundlage:

ASVG § 132b;

Zweite Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens § 1 und § 2;

Gemeinderatsbeschlüsse über die Gesundenuntersuchung mit dem „Wiener Programm“:

GR Beschluss vom 20.5.1972 GRA IV Z.75, MA 15-I/1310/75;

GR Beschluss vom 20.12.1983 GRA f. Ges. u. Soz. 199/83, MA 15-I/2660/83;

GR Beschluss vom 8.6.1987 f. Ges. u. Sp. Wesen 54/87, MA 15-I/3.615/87;

Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien.

VII.II.III. Impfwesen

Wiener Impfkonzept (Vorschulalter)

Das Wiener Impfkonzept, das auf einer Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern beruht, sieht vor, dass nicht nur an öffentlichen Impfstellen der Stadt Wien (Bezirksgesundheitsämter, Elternberatungsstellen) die allgemein empfohlenen Impfungen mit ausgewählten Impfstoffen gratis angeboten werden. Um möglichst allen Wiener Kindern den Zugang zur Gratisimpfung zu ermöglichen, ist im Rahmen des Wiener Impfkonzeptes auch das Gesundheitszentrum für Kinder der Wiener Gebietskrankenkasse und für die Impfung im Vorschulalter auch die niedergelassenen FachärztInnen für Kinderheilkunde und die ÄrztInnen für Allgemeinmedizin einbezogen. Die Teilnahme der niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt auf freiwilliger Basis. Die Impfstoffverteilung an die niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt über den pharmazeutischen Großhandel und die öffentlichen Wiener Apotheken.

Im Rahmen des Wiener Impfkonzeptes wurden 2009 folgende Impfungen angeboten:

- 6-fach Impfung gegen Diphtherie – Tetanus – Kinderlähmung – Keuchhusten - Haemophilus influenzae b - Hepatitis B
- 3-fach Impfung gegen Masern – Mumps – Röteln
- monovalente Impfung gegen Hepatitis B
- Impfung gegen Pneumokokken (nur für Risikokinder)
- Impfung gegen Rotaviren

Finanzierung:

- 1.) Aufteilung der Impfstoffkosten für öffentliche Impfungen
 - a) Bund 2/3 der Impfkosten
 - b) Bundesländer: 1/6 der Impfkosten
 - c) Sozialversicherungen: 1/6 der Impfkosten

2.) Organisation

Die Kosten für die Impfstoffdistribution in Wien und das ärztliche Honorar für die bei den niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführten Impfungen werden von der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien getragen.

Anzahl (vorläufige Zahl) der durchgeführten Impfungen im Jahr 2008: 140.026
Impfungen

Rechtliche Grundlage:

§ 2 Reichssanitätsgesetz;

Österreichisches Impfkonzept - Vereinbarung zwischen der ehemaligen Frau Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales Eleonora Hostasch und Herrn Landeshauptmann Dr. Michael Häupl vom November 1997;

Österreichischer Impfplan;

Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien.

VII.III. Wiener Gesundheitsförderung

Die Stadt Wien hat mit Jahresbeginn 2009 die Wiener Gesundheitsförderung – WiG als gemeinnützige GmbH gegründet. In dieser Gesellschaft, die zu 100 % im Eigentum der Stadt steht, wurden die bisherigen Bereiche der Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Sozialressorts zusammengeführt, um die Aktivitäten der Gesundheitsförderung unter einem neuen Dach im Sinne einer umfassenden Public Health Strategie für die Wienerinnen und Wiener weiter zu entwickeln.

Die Arbeit der Wiener Gesundheitsförderung basiert auf einem umfassenden Verständnis von Gesundheit als bio-psycho-sozialem Wohlbefinden, wobei Gesundheit nicht als statischer Zustand, sondern als ein in Bewegung befindlicher Prozess verstanden wird. Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO- Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1986 ist es Ziel der Gesundheitsförderung, Menschen zu befähigen, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen und auf die Herausforderungen der Umgebung positiv zu reagieren:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl der Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und leben.“

In der Umsetzung bedeutet dies für die Wiener Gesundheitsförderung, über unterschiedlichste Angebote, Programme und Projekte in Kooperation mit verschiedenen Playern im Rahmen ihrer Schwerpunkte „Gesunder Lebensstil“, „Gesunde Lebenswelt“ und „Seelische Gesundheit“ einerseits gesundes Verhalten zu fördern und andererseits gemeinsam mit den Frauen, Männern, Kindern, Jugendlichen, SeniorInnen, ArbeitnehmerInnen, PatientInnen, etc. in ihren Lebenswelten (Settings) gesundheitsorientierte Veränderungen herbei zu führen. Im Zentrum steht also der regionale Settingansatz – der Gesunde Bezirk, das Gesunde Grätzel. Wichtige organisatorische Settings sind Gesunder Kindergarten, Gesunde

Schule, Gesunder Betrieb, Gesunde Freizeiteinrichtung, Gesundes Krankenhaus, Gesunde SeniorInneneinrichtung etc..

Die Wiener Gesundheitsförderung orientiert sich grundsätzlich an einem ressourcenorientierten, salutogenen Ansatz: Im Zentrum steht nicht krankheitsorientiertes Denken und damit das Vermeiden von Krankheit, sondern gesundheitsorientiertes Denken und damit die Frage, wie Verhaltensweisen verändert und Verhältnisse gesundheitsförderlicher gestaltet werden können. Ein zentrales Anliegen der Politik der Stadt Wien war und ist Chancengleichheit. Es ist daher auch Ziel der Wiener Gesundheitsförderung, gesundheitliche Benachteiligungen auf Grund von sozialem Status, Geschlecht oder Migrationshintergrund auszugleichen. Bei allen Zielgruppen – besonders wichtig sind Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen - liegt daher das Hauptaugenmerk immer bei sozial Benachteiligten.

Neben der Umsetzung der Gesundheitsförderungsaktivitäten in der Stadt hat die Wiener Gesundheitsförderung auch die Aufgabe, die vielfältigen Player im Feld zu koordinieren und zu vernetzen, um in Wien eine blühende Gesundheitsförderungslandschaft wachsen zu lassen. Im Sinne der Ottawa Charta betreibt die Wiener Gesundheitsförderung Lobbying und Networking, um gesundheitliche Sichtweisen in allen Lebens- und Politikbereichen beizutragen.