

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil:

I. Hauptzielsetzung des vorliegenden Entwurfes ist die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, ABl. Nr. L 88 vom 04.04.2011 S. 45. Nach Art. 21 der Richtlinie 2011/24/EU sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, diese bis zum 25. Oktober 2013 umzusetzen.

I.1. Die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU für den Bereich der Sozialversicherung erfolgt aufgrund des einschlägigen thematischen Bezuges im Bundesgesetz betreffend ergänzende Regelungen im Bereich der sozialen Sicherheit im Verhältnis zur Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten (Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz – SV-EG), BGBl. Nr. 154/1994; die Umsetzung der Bestimmungen über die Nationale Kontaktstelle (Art. 6 der Richtlinie) erfolgt im Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG), BGBl. I Nr. 132/2006.

Der Entwurf weist folgende Regelungsschwerpunkte auf:

Nach Art. 8 der Richtlinie 2011/24/EU kann der Versicherungsmitgliedstaat für bestimmte Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen ein System der Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung vorsehen. Dieses Vorabgenehmigungssystem einschließlich der Kriterien und der Anwendung dieser Kriterien und Einzelentscheidungen, mit denen eine Vorabgenehmigung verweigert wird, ist im Hinblick auf das zu erreichende Ziel notwendige und angemessene Maß zu begrenzen. Zudem darf es kein Mittel zur willkürlichen Diskriminierung und keine ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patientinnen und Patienten darstellen. Im Rahmen der Richtlinienumsetzung werden die Regelungen über die Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sowie die damit im Zusammenhang stehende besondere Kostenerstattung ins innerstaatliche Recht übernommen. Daneben können die im innerstaatlichen Recht bereits bestehenden Kostenerstattungsregelungen bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung herangezogen werden.

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen im inländischen niedergelassenen Bereich durch Angehörige anderer Mitgliedstaaten besteht die Verpflichtung zur Gleichbehandlung in- und ausländischer Patientinnen/Patienten: Ausländischen Patientinnen/Patienten dürfen für die gleiche Leistung keine höheren Beträge in Rechnung gestellt werden als inländischen Patientinnen/Patienten. Ausdrücklich verweist Art. 4 Abs. 4 zweiter Satz der Richtlinie darauf, dass Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister ihre Gebühren selbst festsetzen dürfen, sofern Patientinnen/Patienten aus anderen Mitgliedsstaaten durch die Preisgestaltung nicht diskriminiert werden.

Gleiches gilt bei der Inanspruchnahme von Leistungen im inländischen stationären Bereich durch Angehörige anderer Mitgliedstaaten für die nicht über die Landesfonds finanzierten Krankenanstalten (Privatspitäler). In fondsfinanzierten Krankenanstalten wird die Gleichstellung dadurch erreicht, dass entsprechend den Regelungen über die Abrechnung von unter dem Regime der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erbrachten Leistungen abgerechnet werden kann.

I.2. Art. 6 der Richtlinie 2011/24/EU verpflichtet die Mitgliedstaaten zur Einrichtung einer nationalen Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Diese Aufgabe wird der Gesundheit Österreich GmbH gesetzlich zugewiesen. Der Betrieb der nationalen Kontaktstelle erfolgt unter Einbeziehung des bereits eingeführten und von der Öffentlichkeit gut angenommenen Gesundheitsportales. Die Nationale Kontaktstelle soll auch Informationen über Anforderungen an Verschreibungen, die in einem anderen Mitgliedstaat eingelöst werden sollen, zur Verfügung stellen (Art. 4 der Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU mit Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen Verschreibungen unter Bezugnahme auf die Nationalen Kontaktstellen nach Art. 6 der Richtlinie 2011/24/EU).

I.3. Auf Grund der Richtlinie 2011/24/EU besteht auch Umsetzungsbedarf im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) hinsichtlich Preisinformationen, dem Recht auf Kopien der Krankengeschichte und hinsichtlich der Verpflichtung zur Ausstellung einer Rechnung.

In Krankenanstalten werden ausländische Patientinnen/Patienten im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU gegen Barleistung behandelt. Die ausländische Patientin/Der ausländische Patient wendet sich dann zur Kostenerstattung direkt an den für sie/ihn zuständigen ausländischen Träger.

I.4. Im Rahmen der vorliegenden Novelle erfolgt eine Anpassung der berufsrechtlichen Vorschriften an die sich aus der Richtlinie 2011/24/EU ergebenden Verpflichtungen.

Abweichungen in den einzelnen Gesundheitsberufegesetzen hinsichtlich der Kostenaufklärung resultieren aus den unterschiedlichen Erstattungspflichten der gesetzlichen Krankenversicherungsträger auf den jeweiligen Gebieten.

II. Im Hinblick auf den Anwendungsbereich der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG auf Drittstaatsangehörige wurden in den letzten Jahren zahlreiche EU-Richtlinien erlassen, zuletzt die Richtlinie 2011/98/EU über ein einheitliches Verfahren zur Beantragung einer kombinierten Erlaubnis für Drittstaatsangehörige, sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates aufzuhalten und zu arbeiten, sowie über ein gemeinsames Bündel von Rechten von Drittstaatsangehörigen, die sich rechtmäßig in einem Mitgliedstaat aufhalten. Da diese somit nahezu alle Drittstaatsangehörigen mit EU-Qualifikationsnachweisen erfassen, wird im Sinne eines erleichterten Zugangs zur Berufsanerkennung für Migranten und Migrantinnen das Staatsangehörigkeitserfordernis bei der EWR-Berufszulassung – ausgenommen im Ärztegesetz 1998 und im Apothekengesetz – gestrichen.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) sowie auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“)

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Der Entwurf sieht ausschließlich Maßnahmen vor, zu denen der Bund aufgrund zwingender Vorschriften des Unionsrechts verpflichtet ist.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

II. Besonderer Teil:

Zu Artikel 1 (Änderung des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH)

Zu Z 1 und 2 (§§ 4 Abs. 2 Z 7 und 15b GÖGG):

Nach Art. 6 der Richtlinie 2011/24/EU ist in jedem Mitgliedstaat eine nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung einzurichten.

Die nationale Kontaktstelle soll den Patientinnen/Patienten ermöglichen, bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat eine bewusste Entscheidung zu treffen. Ihre Aufgaben beschränken sich auf die Erteilung von Auskünften genereller Art. Sie soll und kann keine umfassende Betreuung im Einzelfall bieten. Insbesondere sind auch Auskünfte hinsichtlich der Qualität der Gesundheitsdienstleistungen auf allgemeine Angaben über die Qualität des österreichischen Systems beschränkt.

Das öffentliche Gesundheitsportal (<https://www.gesundheit.gv.at>) wurde Anfang 2010 im Internet eingerichtet. Durch BGBl. I Nr. 111/2012 wurde das Gesundheitsportal um die Funktion des ELGA-Zugangsportales erweitert.

Über dieses bereits eingeführte und von der interessierten Öffentlichkeit gut angenommene Portal sollen nunmehr auch die Aufgaben einer Nationalen Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nach Art. 6 der Richtlinie 2011/24/EU von der Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ (BIQG), wahrgenommen werden (§ 4 Abs. 2 Z 7).

Diesem Geschäftsbereich obliegt, basierend auf den Prinzipien der Patientinnen-/Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz (§ 4 Abs. 2) die Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen. Zur Erreichung dieses Zweckes wird die Öffentlichkeit über die Qualität des österreichischen Gesundheitswesens informiert und werden Gesundheitsthemen für das Gesundheitsportal recherchiert und verständlich aufbereitet.

Die nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung stellt EU-Bürgerinnen/EU-Bürgern Informationen über

- die nationalen Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister (Art. 6 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24/EU),
- geltende Qualitätsstandards und Sicherheitsbestimmungen (Art. 6 Abs. 3 und Art. 4 Abs. 2 lit. a der Richtlinie 2011/24/EU);
- Patientinnen-/Patientenrechte einschließlich der Möglichkeit ihrer Durchsetzung (Art. 6 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24/EU),

- die Anforderungen an Verschreibungen, die in einem anderen Mitgliedstaat eingelöst werden sollen (Art. 4 der Richtlinie 2012/52/EU unter Bezugnahme auf die Nationalen Kontaktstellen nach Art. 6 der Richtlinie 2011/24/EU),
- nationale Kontaktstellen in anderen Mitgliedstaaten (Art. 6 Abs. 2 der Richtlinie 2011/24/EU)

zur Verfügung.

Auf Anfrage sind auch Informationen über die Berechtigung einer konkreten Dienstleisterin/eines konkreten Dienstleisters zur Erbringung von Leistungen sowie Informationen über Tätigkeitsbeschränkungen zur Verfügung zu stellen (Art. 6 Abs. 3 der Richtlinie 2011/24/EU).

Des Weiteren hat sie den in Österreich Versicherten Informationen über ihre Rechte und Ansprüche bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in anderen Mitgliedstaaten (Art. 5 lit. b der Richtlinie 2011/24/EU) zur Verfügung zu stellen.

Die Umsetzung des barrierefreien Zuganges und der Verpflichtung zur elektronischen Bereitstellung der genannten Informationen entspricht den Anforderungen in Art. 6 Abs. 5 der Richtlinie 2011/24/EU, die Kooperationsverpflichtung mit nationalen Kontaktstellen der anderen Mitgliedstaaten der Regelung in Art. 6 Abs. 2 der Richtlinie 2011/24/EU.

Abs. 4 enthält eine Informationsbereitstellungspflicht der beteiligten Organisationen, durch die gewährleistet wird, dass die Nationale Kontaktstelle die ihr obliegenden Aufgaben auch erfüllen kann.

Neben der Verankerung eines Haftungsausschlusses (keine Haftung für Vollständigkeit und Richtigkeit der Auskünfte; ein generelles Zur-Verfügung-Stellen ist nach Art. 6 der Richtlinie 2011/24/EU ausreichend) wird auch klargestellt, dass die Gesundheit Österreich GmbH ausschließlich im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung (Art. 17 B-VG) tätig wird.

Das Gros der Informationen soll über Websites, E-Mail bzw. Telefon zur Verfügung gestellt werden. Die Beauskunftungen können in deutscher, allenfalls auch in englischer Sprache erfolgen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes)

Zu Z 1 und 2 (§ 7b SV-EG):

§ 7b SV-EG enthält eine der wichtigsten Regelungen zur Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU. Diese sieht im Wesentlichen den Grundsatz vor, dass Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat auch außerhalb der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 166 vom 30.04.2004, S. 1, zu Lasten der Systeme der sozialen Sicherheit in Anspruch genommen werden können und konkretisiert die vom Europäischen Gerichtshof - EuGH bereits zuvor auf der Grundlage von Art. 56 AEUV (Dienstleistungsfreiheit) herausgebildeten Grundsätze (beginnend mit EuGH Rs. C-158/96, Kohll).

Danach haben Personen, die in einem Mitgliedstaat versichert sind und Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat gegen Barzahlung der Behandlungskosten in Anspruch genommen haben, Anspruch auf Erstattung jener Kosten, die ihrem „heimischen System“ bei entsprechender Behandlung im Inland erwachsen wären. Für bestimmte Behandlungen (vor allem solche, die mit einem größeren Planungsaufwand verbunden sind) kann jedoch eine Vorabgenehmigung vorgesehen werden, um diesen Kostenerstattungsanspruch auszulösen.

Das österreichische System, nach dem bereits seit jeher Kostenerstattungen (zB nach § 131 ASVG) für weltweit „eingekaufte“ Sachleistungen ohne Erfordernis einer Vorabgenehmigung vorgesehen sind, erfüllt die Anforderungen, die sich durch die Dienstleistungsfreiheit ergeben bereits in hohem Ausmaß (siehe dazu zB die Entscheidung des OGH vom 24. Juli 2012, 10 ObS 49/12x, mit der eine Kostenerstattung nach § 150 ASVG als in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Dienstleistungsfreiheit stehend angesehen wurde).

Die Richtlinie 2011/24/EU enthält aber ergänzende Klarstellungen, die eine detailliertere Umsetzung sinnvoll erscheinen lassen.

Zusätzlich ist auch zu beachten, dass das Niveau der Kostenerstattung nach dem geltenden Recht (zB 80 % der Vertragspartnerinnentarife/Vertragspartnertarife nach § 131 ASVG bzw. die Pflegekostenzuschüsse nach § 150 ASVG) in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Patientenmobilität innerhalb der EU aufgrund der Dienstleistungsfreiheit (siehe zB *Mosler* in *Mosler/Müller/Pfeil*, Der SV-Komm, Rz 8 zu § 131 ASVG) zum Teil als zu gering kritisiert wurde. Die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU soll daher auch dazu genutzt werden, diese Kritikpunkte auszuräumen und dabei auch die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat voneinander abzugrenzen.

Dabei ist vorweg zu beachten, dass das Nebeneinanderbestehen von sich aus der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und aus der Richtlinie 2011/24/EU ergebenden Rechten es den Betroffenen erschwert, ihre Rechte genau zu kennen und die für sie jeweils beste Lösung zu wählen. Dies war auch einer der Gründe, warum Österreich der Richtlinie 2011/24/EU im Rat nicht zustimmen konnte. Im Rahmen der qualifizierten Mehrheit wurde Österreich jedoch überstimmt und unterliegt nunmehr auch der Verpflichtung, die Richtlinie 2011/24/EU in nationales Recht umzusetzen.

Durch den neuen § 7b SV-EG soll im Rahmen dieser Umsetzung ein neues System von Erstattungssätzen für bestimmte Behandlungsfälle (zur Konkretisierung des Art. 7 der Richtlinie 2011/24/EU) verbunden mit einer neuen Vorabgenehmigung bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung (Art. 8 der Richtlinie 2011/24/EU) in das österreichische Recht eingefügt werden.

Abs. 1 weist darauf hin, dass § 7b SV-EG der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU dient.

Abs. 2 nimmt Begriffsbestimmungen vor. Dazu sind ergänzend die folgenden Erläuterungen erforderlich:

Z 2 legt entsprechend Art. 3 lit. c der Richtlinie (Definition des „Versicherungsmitgliedstaates“) fest, dass es für die Frage, in welchen Fällen Österreich in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU für eine Kostenerstattung in Betracht kommt, bei Personen, für die (theoretisch) die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 anwendbar ist, auf die Zuständigkeit zur Vorabgenehmigung nach Art. 20 dieser Verordnung (Ausstellung des Formulars S2) ankommt. Die solchermaßen definierten Personen werden als „anspruchsberechtigte Personen“ umschrieben.

Diese Frage, ob Österreich für eine Kostenerstattung in Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU zuständig ist, ist somit fallbezogen zu beantworten. So kommt es zB bei Personen, die ausschließlich eine österreichische Pension beziehen und in einem anderen Mitgliedstaat wohnen, darauf an, ob sich dieser Mitgliedstaat für eine Eckkostenerstattung nach Art. 62 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 284 vom 30.10.2009, S. 1 (zB Deutschland) oder eine Pauschalkostenerstattung nach Art. 63 in Verbindung mit dem Anhang 3 dieser Verordnung (zB Spanien) entschieden hat. Wohnt eine Person zB in Deutschland, ist Österreich für die Vorabgenehmigung einer Behandlung in irgendeinem anderen Mitgliedstaat zuständig (Art. 27 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004) und muss daher auch eine Kostenerstattung nach der Richtlinie 2011/24/EU leisten, während bei Wohnort zB in Spanien Spanien für die Vorabgenehmigung zuständig ist (Art. 27 Abs. 5 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004) und daher auch Spanien und nicht Österreich für die Kostenerstattung nach der Richtlinie zuständig ist.

Bei Personen, die nicht unter die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 fallen können (das sind grundsätzlich Drittstaatsangehörige, die nicht bereits als Familienangehörige nach Art. 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 gelten und auch nicht von der Verordnung (EU) Nr. 1231/2010 zur Ausdehnung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 auf Drittstaatsangehörige, die ausschließlich aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit nicht bereits unter diese Verordnungen fallen, ABl. Nr. L 344 vom 29.12.2010, S. 1, profitieren können – also zB Drittstaatsangehörige im Verhältnis zu Dänemark), kommt es darauf an, ob sie Anspruch auf Leistungen der österreichischen Krankenversicherung haben.

In Z 3 wird zur Vereinfachung hinsichtlich der Geltung der Umsetzung der Richtlinie auf jene Staaten verwiesen, für die die Richtlinie gilt. Das sind die derzeit 26 anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, aber auch die EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen, nicht aber die Schweiz.

Abs. 3 stellt klar, welche Möglichkeiten der Leistungsansprüche für anspruchsberechtigte Personen bestehen. Zunächst können diese die nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 gegebenen Möglichkeiten nutzen (insbesondere können Sachleistungen zB nach Art. 19 dieser Verordnung mit der Europäischen Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen werden; gezielte Behandlungen nach Art. 20 dieser Verordnung hingegen mit dem Formular S2), wobei auch die verschiedenen Möglichkeiten der Kostenerstattung nach den Tarifen des Behandlungsstaates oder des zuständigen Staates nach Art. 25 Abs. 5 bis 9 bzw. Art. 26 Abs. 6 und 7 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 eingeschlossen sind. Für die anspruchsberechtigten Personen sind das weiterhin in der Regel die besseren Optionen, da die Behandlungskosten direkt vom Krankenversicherungsträger übernommen werden, die Patientin/der Patient nicht in Vorlage treten muss und die der Patientin/dem Patienten verbleibenden Kosten (zB Selbstbehalte) am Geringsten sind.

Daneben besteht das geltende nationale Recht, nach dem jede Behandlung, die gegen Barzahlung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen wurde, ohne Vorabgenehmigung beim zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger zur Kostenerstattung eingereicht werden kann (§§ 131 und 150 ASVG und Parallelbestimmungen).

Zusätzlich zu diesen bereits bestehenden Möglichkeiten wird im Rahmen der Richtlinienumsetzung nunmehr eine besondere Kostenerstattung vorgesehen, die aber nur in den in Abs. 4 ausdrücklich genannten Fällen und unter der Voraussetzung einer Vorabgenehmigung nach Abs. 5 in Anspruch genommen werden kann. In diesen Fällen gebührt der vom bisher geltenden österreichischen Recht abweichende (höhere) Erstattungsbetrag nach Abs. 6.

Unter „Gesundheitsversorgung“ sind nach Art. 3 lit. a der Richtlinie Gesundheitsdienstleistungen zu verstehen, die von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber Patientinnen/Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen. Art. 3 lit. e der Richtlinie definiert die „grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ als „Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird.“

Davon nicht umfasst sind die vom Regelungsbereich der Richtlinie ausgenommenen Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege, die Zuteilung von Organen und der Zugang zu solchen sowie öffentliche Impfprogramme gegen Infektionskrankheiten (Art. 1 Abs. 3 der Richtlinie). Der in § 7b SV-EG verwendete Begriff der „Behandlung“ ist in diesem Sinne zu verstehen.

Zu den Abs. 4 und 5:

Nach Art. 7 der Richtlinie 2011/24/EU haben anspruchsberechtigte Personen Anspruch darauf, dass die Kosten von in anderen Mitgliedstaaten in Anspruch genommenen Behandlungen erstattet werden.

Allerdings kann der Versicherungsmitgliedstaat nach Art. 8 der Richtlinie 2011/24/EU für bestimmte grenzüberschreitende Gesundheitsversorgungsleistungen ein System der Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung vorsehen. Dieses ist auf das zur Zielerreichung „notwendige und angemessene Maß“ zu begrenzen; zudem dürfen daraus keine willkürlichen Diskriminierungen und keine ungerechtfertigten Behinderungen der Freizügigkeit der Patientinnen/Patienten resultieren.

Dieses nach der Richtlinie 2011/24/EU erlaubte Vorabgenehmigungssystem ist jedoch kein Abschließendes: Nach der Richtlinie gilt der Grundsatz, dass Kostenerstattungen an sich ohne Vorabgenehmigung zu leisten sind, und zwar in Höhe jener Kosten, die dem Versicherungssystem bei Inanspruchnahme der entsprechenden Leistung im Inland erwachsen wären. Das Vorabgenehmigungssystem ist daher nur als Ausnahme von dieser allgemeinen Regel anzusehen.

Die Richtlinie 2011/24/EU sieht bestimmte Behandlungen vor, bei denen die Kostenerstattung von einer solchen Vorabgenehmigung abhängig gemacht werden kann. Liegen die Voraussetzungen für die Vorabgenehmigung nicht vor, ist der betroffene Mitgliedstaat nach der Richtlinie zu gar keiner Kostenerstattung verpflichtet. Nach der Richtlinie gehen die Behandlungskosten in diesen Fällen somit gänzlich zu Lasten der Patientin/des Patienten.

Dieses aus der Richtlinienumsetzung resultierende System fügt sich in das bestehende und umfassende österreichische Kostenerstattungssystem ein. Es ist nicht beabsichtigt, die bisherigen Rechte der österreichischen Versicherten aus Anlass der Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU zu beschränken. Bei der Beurteilung der EU-Konformität der österreichischen Rechtslage ist stets auch das bestehende Kostenerstattungssystem mit zu berücksichtigen.

Es unterscheidet sich vom bestehenden Kostenerstattungssystem im niedergelassenen Bereich vor allem durch den höheren Erstattungstarif (Abs. 6). Die Richtlinie 2011/24/EU lässt nämlich erkennen, dass die bestehenden Tarife in einigen Fällen als nicht in Übereinstimmung mit dem EU-Recht angesehen werden könnten (dazu näher bei den Erläuterungen zu Abs. 6). Da nicht beabsichtigt wird, diese höheren Sätze generell zur Anwendung zu bringen, wird für diese Fälle das nach dem EU-Recht erlaubte System der Vorabgenehmigungen eingeführt.

Die Abs. 4 und 5 setzen dieses Vorabgenehmigungssystem für die besondere Kostenerstattung nach Abs. 6 um:

Um Kostenerstattung nach der Richtlinie 2011/24/EU in Anspruch nehmen zu können, ist eine Vorabgenehmigung vom zuständigen österreichischen Krankenversicherungsträger vor Inanspruchnahme einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung dann einzuholen, wenn die Zurverfügungstellung der Leistung einen größeren Planungsbedarf im österreichischen Gesundheitssystem bedingt (Abs. 3 Z 1 und 2).

Hintergrund dieser EU-rechtlich erlaubten Beschränkung ist, dass solche mit hohem Planungs- und Kostenaufwand im Zusammenhang stehende Leistungen bei einer unkontrollierten Inanspruchnahme im Ausland im Inland ernstlich gefährdet sein könnten, da eine Einbeziehung der durch die Patientenmobilität in anderen Mitgliedstaat nachgefragten Leistungen in die nationale Planung wohl kaum möglich ist. In sensiblen Bereichen der nationalen Gesundheitspolitik brächte dieser Umstand

unweigerlich die Gefahr einer Unter- oder Überversorgung durch das nationale Gesundheitssystem mit sich.

Unter die einen größeren Planungsbedarf auslösenden Leistungen fallen zum Einen Behandlungen, die mit einer stationären Aufnahme der Patientin/des Patienten verbunden sind (Abs. 3 Z 1 in Umsetzung des Art. 8 Abs. 2 lit. a sublit. i der Richtlinie), zum Anderen komplizierte und teure ambulante Behandlungen (Abs. 3 Z 2 in Umsetzung des Art. 8 Abs. 2 lit. a sublit. ii der Richtlinie).

Ebenso vorabgenehmigungspflichtig sind Behandlungen, die mit einem besonderen Risiko für die Patientin/den Patienten verbunden sind (Abs. 3 Z 3 in Umsetzung des Art. 8 Abs. 2 lit. b der Richtlinie).

Vorabgenehmigungspflichtig sind weiters Behandlungen, die von Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleistern erbracht werden sollen, die den unionsrechtlichen Vorschriften über die Gewährleistung eines Mindestsicherheitsniveaus sowie den unionsrechtlichen Vorschriften über die Mindestqualität nicht unterliegen und bei denen im Einzelfall Bedenken hinsichtlich der Qualität oder der Versorgungssicherheit bestehen (Abs. 3 Z 4 in Umsetzung des Art. 8 Abs. 2 lit. c der Richtlinie).

Es obliegt den Krankenversicherungsträgern, diese Fälle der riskanten Behandlungen entsprechend den Vorgaben der Musterkrankenordnung des Hauptverbandes in der Krankenordnung näher zu umschreiben.

Anders als die Patientenmobilität nach Art. 56 AEUV (s zB EuGH, Rs C-211/08, Kommission gegen Spanien) beschränkt sich die Richtlinie 2011/24/EU nach Auffassung der Kommission nicht nur auf Fälle elektiver Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaate (gezielte grenzüberschreitende Aufenthaltsverlegung zum Zwecke der Behandlung), sondern erfasst auch Fälle, in denen sich die Behandlungsnotwendigkeit oder der Behandlungswunsch erst während des Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat ergeben haben. In diesen Fällen kann die Einholung einer Vorabgenehmigung Schwierigkeiten bereiten. Von der Vorabgenehmigungspflicht ausgenommen sind daher medizinische Notfälle, in denen eine Vorabgenehmigung nachweislich entweder gar nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Keine Vorabgenehmigung für eine Kostenerstattung nach Abs. 6 ist daher erforderlich, wenn zB das Opfer eines Unfalles in einem anderen Mitgliedstaat in ein Privatkrankenhaus außerhalb des lokalen Krankenversicherungssystems eingeliefert wird und dort eine lebenserhaltende Operation vorgenommen wird. Stellt allerdings zB während einesurlaubes ein/e wegen einer anderen akuten Erkrankung mit der Europäischen Krankenversicherungskarte in Anspruch genommene/genommener Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner ein Krebsleiden fest, das sofort in einem Privatkrankenhaus des jeweiligen Aufenthaltsstaates behandelt werden könnte, ist zur Sicherstellung einer Kostenerstattung nach Abs. 6 in diesem Fall sehr wohl eine Vorabgenehmigung erforderlich.

Die Vorabgenehmigung ist nach Abs. 5 erster Satz jedenfalls dann zu erteilen, wenn ein Anspruch der Patientin/des Patienten auf die betreffende Leistung besteht und diese in Österreich nicht in angemessener Zeit erbracht werden kann (Abs. 5 in Umsetzung des Art. 8 Abs. 5 sowie Abs. 6 lit. d der Richtlinie 2011/24/EU). Bei der Beurteilung, welcher Zeitraum als „angemessen“ anzusehen ist, ist eine Einzelfallbetrachtung vorzunehmen, bei der der subjektive und objektive Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten ebenso zu berücksichtigen ist wie der bisherige Krankheitsverlauf und dessen voraussichtliche weitere Entwicklung. Genehmigungspflicht besteht daher bei „Systemversagen“, also dann, wenn Leistungen durch das nationale Gesundheitssystem zwar vorgesehen sind, diese aber nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums erbracht werden können.

Im Hinblick auf das auch international anerkannte hohe Niveau der österreichischen Gesundheitsversorgung und die verhältnismäßig kurzen Wartezeiten für bestimmte Behandlungen ist in der Praxis mit nur wenigen Fällen zu rechnen, in denen eine Vorabgenehmigung verpflichtend erteilt werden muss.

Eine Vorabgenehmigung ist jedoch auch in Fällen, in denen diese nicht verpflichtend zu erteilen ist, nicht ausgeschlossen: Der zuständige Krankenversicherungsträger kann in seiner Krankenordnung entsprechend der Vorgaben der Musterkrankenordnung des Hauptverbandes weitere Fälle vorsehen, in denen er im pflichtgemäßem Ermessen eine Vorabgenehmigung im Interesse der Patientinnen/Patienten ohne entsprechende Verpflichtung nach der Richtlinie erteilt.

Abs. 5 Z 1 bis 3 regeln jene Fälle, in denen die Vorabgenehmigung zu verweigern ist (Art. 8 Abs. 6 lit. a bis c der Richtlinie):

Die Vorabgenehmigung ist zu verweigern, wenn aufgrund klinischer Bewertungen absehbar ist, dass die Patientin/der Patient durch die Behandlung einem zu hohen Patientensicherheitsrisiko ausgesetzt würde. Bei dieser Beurteilung ist der der Patientin/dem Patienten durch die Behandlung entstehende potentielle Nutzen mit abzuwägen.

Die Vorabgenehmigung ist ferner dann zu verweigern, wenn die Öffentlichkeit durch die Behandlung einem erheblichen Sicherheitsrisiko ausgesetzt würde oder die Behandlung von einer Gesundheitsdienstleisterin/einem Gesundheitsdienstleister erbracht werden soll, die/der zu ernsthaften und spezifischen Bedenken im Hinblick auf die Einhaltung der Qualitätsstandards und –leitlinien für die Versorgung und die Patientensicherheit Anlass gibt.

Detailliertere Regelungen dazu sind in den jeweiligen Krankenordnungen entsprechend der Vorgaben der Musterkrankenordnung des Hauptverbandes der Versicherungsträger festzulegen.

Abs. 6 regelt die Kostenerstattung.

Österreich hat nach der Richtlinie 2011/24/EU als Versicherungsmitgliedstaat jenen Erstattungsbetrag sicherzustellen, den Österreich zu übernehmen gehabt hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung im österreichischen Hoheitsgebiet erbracht worden wäre (Art. 7 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24/EU). Die Erstattung darf die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten nicht überschreiten. Nochmals ist daran zu erinnern, dass diese Verpflichtung nicht für jene Fälle gilt, in denen nach der Richtlinie 2011/24/EU die Vorabgenehmigung verweigert werden kann. Wird daher trotz bestehender Verpflichtung zur Einholung einer Vorabgenehmigung keine Genehmigung eingeholt oder die Leistung trotz Ablehnung der Genehmigung in Anspruch genommen, besteht auch keine Verpflichtung zur Kostenerstattung nach der Richtlinie 2011/24/EU.

Im Hinblick auf die unterschiedlichen nationalen Mechanismen der Kostentragung für medizinische Leistungen müssen die folgenden beiden Bereiche auch nach der Richtlinie 2011/24/EU auseinandergehalten werden:

- Im stationären Bereich wird in solchen Fällen nach nationalem Recht ein Pflegekostenzuschuss nach § 150 ASVG geleistet. Siehe dazu auch die Entscheidung des OGH vom 24. Juli 2012, 10 ObS 49/12x, in der dieser festhält, dass ein Versicherter, der eine Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt in Anspruch genommen hat, die Erstattung in gleicher Höhe erhält, wie wenn er eine gleichwertige Behandlung im Inland in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen hätte, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung besteht. In diesem Fall seien die Kostenerstattungsgrundsätze des § 150 ASVG maßgebend. Ein Anspruch auf vollen Ersatz der Kosten der Behandlung im Ausland würde im Ergebnis darauf hinauslaufen, dass dem Versicherten damit ein Deckungsniveau gewährt wird, das über den Umfang seines Anspruches gegen die beklagte Gebietskrankenkasse, auf deren Leistungen er Anspruch hat, hinausgeht (EuGH C-372/04, *Watts*, Rn 132). „Lässt sich somit ein Versicherter ohne Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat medizinisch behandeln, so tut er dies mit dem eventuellen Risiko einer finanziellen Eigenbelastung (10 ObS 182/08z, SSV-NF 23/30 mwN)“. Die Höhe der Pflegekostenzuschüsse ist in den Satzungen der Versicherungsträger festzusetzen.

Allerdings verpflichtet die Richtlinie 2011/24/EU nicht dazu, jenen Betrag zu erstatten, der dem österreichischen Krankenversicherungssystem, sondern jenen, der Österreich insgesamt durch eine vergleichbare Behandlung erwachsen wäre. Da durch die gesetzliche Krankenversicherung nur ein Teil dieser Kosten abgedeckt ist und der andere Teil aus dem allgemeinen Steueraufkommen abgedeckt wird, dürften die Pflegekostenzuschüsse nicht ausreichen, um den Verpflichtungen der Richtlinie gerecht zu werden. Bereits im Rahmen der Verrechnung der Behandlungskosten von ausländischen Patientinnen/Patienten nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 oder einem bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit stellte sich dieselbe Frage nach der Höhe der dem zuständigen ausländischen Träger in Rechnung zu stellenden Kosten. Der Gesetzgeber hat diese Frage dahingehend gelöst, dass nicht eine Gebietskrankenkasse, sondern der jeweilige Landesgesundheitsfonds als aushelfender Träger deklariert wurde (§ 7a SV-EG), der die aus seiner Rechnungsführung ersichtlichen Kosten dem zuständigen ausländischen Träger in Rechnung stellen konnte (dabei handelt es sich idR um LKF-Sätze und je nach Ausgestaltung der Rechnungsvorschriften für die jeweiligen Landesgesundheitsfonds auch noch um eine entsprechende zusätzliche Betriebsabgangskomponente). Dadurch konnte sichergestellt werden, dass die Behandlung ausländischer Versicherter in österreichischen Krankenanstalten zu keiner Belastung Österreichs führt, da die dem österreichischen Gesundheitssystem erwachsenden Eckkosten der Behandlung weitestgehend weiterverrechnet werden können. Es bietet sich an, auch diese Eckkosten, die dem österreichischen Gesundheitssystem bei der Inanspruchnahme einer vergleichbaren Behandlung im Inland erwachsen wären, für die Kostenerstattung im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU heranzuziehen.

Abs. 6 stellt daher sicher, dass in jenen Fällen, in denen eine Vorabgenehmigung für eine stationäre Behandlung erteilt wurde, Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe der LKF-Sätze einschließlich einer allfälligen Betriebsabgangskomponente (wie bei einer entsprechenden Behandlung eines ausländischen Versicherten in Österreich) besteht. Damit sind die Verpflichtungen der Richtlinie 2011/24/EU vollinhaltlich umgesetzt. Wurde keine Genehmigung erteilt, besteht aber – über die Verpflichtungen der

Richtlinie 2011/24/EU hinausgehend – weiterhin Anspruch auf Erstattung in Höhe des Pflegekostenzuschusses nach § 150 ASVG und Parallelbestimmungen.

- Für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich ist grundsätzlich keine Vorabgenehmigung erforderlich (Art. 7 Abs. 8 der Richtlinie), es sei denn, es handelt sich um die bereits erwähnten ambulanten Behandlungen, die den Einsatz hoch spezialisierter und kostenintensiver medizinischer Infrastruktur oder medizinischer Ausrüstung erfordern (Abs. 3 Z 2) bzw. riskante Behandlungen (Abs. 3 Z 3 und 4). Hinsichtlich der Kostenerstattung kommen nach nationaler Systematik zunächst § 131 ASVG und Parallelbestimmungen in Betracht. Dabei ist aber zu beachten, dass von den dem österreichischen Gesundheitssystem erwachsenden Kosten (bei diesen Leistungen werden die Kosten ausschließlich von der Krankenkasse abgedeckt) 20 % abgezogen werden, wenn sich eine versicherte Person in Österreich gegen die Inanspruchnahme einer Vertragspartnerin/eines Vertragspartners des jeweiligen Krankenversicherungsträgers und für eine Behandlung als Privatpatientin/Privatpatient entscheidet. Für die Kostenerstattung im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU stellt sich die Frage, welche Behandlung in Österreich als vergleichbar heranzuziehen ist: Die Behandlung bei einer Vertragspartnerin/einem Vertragspartner (mit der Konsequenz, dass dem österreichischen Gesundheitssystem 100 % des jeweiligen Tarifs als Kosten entstehen) oder die Behandlung bei einer frei gewählten Wahlärztin/einem frei gewählten Wahlarzt (mit der Konsequenz, dass das österreichische System nur 80 % dieser Tarife erstatten muss)?

Nach einer genauen Analyse der in Betracht kommenden Leistung muss diese Frage differenziert beantwortet werden. Wegen der Vergleichbarkeit mit den stationären Leistungen muss man bei Systemversagen wohl davon ausgehen, dass eine Gleichstellung mit der Behandlung durch eine Vertragspartnerin/einen Vertragspartner erfolgen muss. Daher sieht Abs. 6 auch für die Fälle zB des Abs. 4 Z 2, in denen Vorabgenehmigungspflicht besteht (ambulante Behandlung unter Einsatz hoch spezialisierter und kostenintensiver medizinischer Ausrüstung und Infrastruktur, die innerhalb angemessener Zeit im Inland nicht erbracht werden kann) nach erteilter Vorabgenehmigung eine Kostenerstattung in demselben Ausmaß vor, wie sie bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung durch eine ausländische Versicherte/einen ausländischen Versicherten angefallen wäre (also 100 %).

Für die anderen Fälle (in denen die betreffende ärztliche Behandlung problemlos auch durch die inländischen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner zeitgerecht erbracht hätte werden können) ist folgendes zu beachten: Da die/der Anspruchsberechtigte sich in diesen Fällen bewusst dafür entscheidet, nicht die Vertragspartnerinnen/Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger in Anspruch zu nehmen, soll ihr/ihm diesfalls im Rahmen des bereits derzeit geltenden Systems ein Kostenersatz im Ausmaß von 80 % jenes Betrages, der bei Inanspruchnahme der Vertragspartnerinnen/Vertragspartner des Versicherungsträgers vom Krankenversicherungsträger aufzuwenden gewesen wäre, gebühren (es verbleibt somit bei der derzeitigen Regelung zB des § 131 ASVG). Siehe dazu auch Art. 7 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24/EU, wonach der Versicherungsmitgliedstaat die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bis zu den Höchstbeträgen erstattet, die er übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in seinem Hoheitsgebiet erbracht worden wäre. Die Erstattung entspricht damit jener bei Inanspruchnahme von Nichtvertragspartnerinnen/Nichtvertragspartnern. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die anspruchsberechtigte Person ja nicht nur im Inland, sondern auch im Ausland die Möglichkeit hat, die jeweiligen „Vertragspartnerinnen/Vertragspartner“ des Krankenversicherungssystems durch Verwendung der europäischen Krankenversicherungskarte oder des Formulars S2 in Anspruch zu nehmen. Wird dieser durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ermöglichte Weg nicht eingeschlagen, so erscheint eine Gleichstellung mit den nationalen Wahlarztfällen gerechtfertigt.

Da die gezielte Entscheidung gegen den Verbleib im innerstaatlichen Sachleistungssystem und für die Inanspruchnahme einer - gleichermaßen auch im Inland angebotenen - Leistung in einem anderen Staat im Bereich der österreichischen Sozialversicherung auch einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand mit sich bringt, wird dieser durch den Abschlag in der Höhe von 20 % von den zu erstattenden Kosten abgedeckt. Siehe dazu die Entscheidung des VfGH vom 18. März 2000, G 24/98 ua., V 38/98, in dem dieser einen Abschlag in der Höhe von 20 % als sachlich gerechtfertigt erachtete. Es ist nicht davon auszugehen, dass das EU-Recht an dieser Einschätzung etwas zu ändern vermag. Sofern eine Vorabgenehmigung erteilt wird, fällt dieser Verwaltungsaufwand zum Großteil weg, da bereits im Rahmen des Genehmigungsverfahrens viele Prüfungen und Entscheidungen getroffen werden müssen, die bei Behandlungen ohne Genehmigung erst nachträglich und mit erheblich größerem Verwaltungsaufwand möglich sind. Auch aus diesem Blickwinkel ist die Unterscheidung zwischen den Fällen, in denen eine Vorabgenehmigung erteilt wird und den restlichen Fällen zu rechtfertigen. Nochmals festzuhalten ist, dass auch bei den ambulanten Behandlungen, die an sich einer Vorabgenehmigung bedürften, über die Verpflichtungen nach der Richtlinie hinausgehend bei Verweigerung der Genehmigung oder bei

Unterlassung der Einholung einer Genehmigung die Kostenerstattung nach § 131 ASVG weiterhin möglich bleibt.

Hinsichtlich der im Art. 9 Abs. 3 der Richtlinie festgelegten angemessenen Entscheidungsfrist über Anträge auf eine Leistung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung – somit über Anträge auf die Erteilung einer Vorabgenehmigung – gilt § 368 ASVG (Entscheidung binnen zwei Wochen über Anträge auf Zuerkennung von Krankenversicherungsleistungen). In dringlichen Fällen, in denen der Gesundheitszustand der/des Versicherten eine rasche Entscheidung erfordert, ist entsprechend rasch zu entscheiden (Art. 9 Abs. 3 lit. a der Richtlinie), was vom geltenden Recht („binnen zwei Wochen“) jedoch bereits abgedeckt ist. Weitergehendere Änderungen erscheinen daher nicht erforderlich.

Zu den Artikeln 3 bis 6 (Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes, des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes und des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes)

Zu Art. 3 Z 1, Art. 4 Z 1, Art. 5 Z 1 und Art. 6 Z 2 (§ 3b ASVG, § 1c GSVG, § 1c BSVG und § 159g B-KUVG):

Diese Bestimmungen listen die durch den Entwurf umgesetzten Richtlinien auf.

Zu Art. 3 Z 3 und 4; Art. 4 Z 2; Art. 5 Z 2; Art. 6 Z 1 (§§ 131 Abs. 5 und 343 Abs. 1 ASVG; 91 Abs. 1 GSVG; 88 Abs. 5 BSVG; 59 Abs. 4 B-KUVG):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen werden Zitierungen richtiggestellt.

Zu Art. 7 (Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten):

Auf Grund der EU-Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung besteht folgender Umsetzungsbedarf im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG):

Zu Z 1 (§ 5a Abs. 4 und 5 KAKuG):

Art. 4 Abs. 2 lit. b der RL 2011/24/EU sieht vor, dass Patienten eine klare Preisinformation und Informationen über die Berufshaftpflicht zur Verfügung zu stellen sind. Dies soll in Erweiterung der Bestimmung über Patientenrechte umgesetzt werden.

Zu Z 2 (§ 10 Abs. 1 Z 4a KAKuG):

Art. 4 Abs. 2 lit. f der Richtlinie 2011/24/EU sieht die Erstellung einer schriftlichen oder elektronischen Patientenakte durch die Gesundheitsdienstleister sowie das Recht der Patienten auf Zugang zu mindestens einer Kopie dieser Akte vor. Die in § 10 KAKuG normierte Krankengeschichte entspricht der EU-rechtlich geforderten Patientenakte. Wenngleich auf Grund der Judikatur das Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankengeschichte und auf Ausfolgung einer Kopie derselben gegen Kostenersatz als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag eindeutig gegeben ist, ist in Befolgung der Umsetzungsverpflichtung von EU-Richtlinien dieses Recht nunmehr im KAKuG auch explizit zu erwähnen.

Zu Z 3 (§ 29 Abs. 1a KAKuG):

Mit dieser Bestimmung wird entsprechend der Vorgabe der Richtlinie (Art. 4 Abs. 4) sichergestellt, dass die Patientinnen/Patienten aus anderen Mitgliedstaaten bei der Verrechnung stationärer Leistungen nicht diskriminiert werden. Dies erfolgt durch die Ermächtigung der Landesgesetzgebung, für die Verrechnung stationärer Leistungen, die Patientinnen/Patienten aus anderen Mitgliedstaaten auf Basis der Richtlinie in Anspruch nehmen, das Regime der EU-Verordnung Nr. 883/2004 vorzusehen. Diese bereits seit langem praktizierten Regelungen stellen sicher, dass es zu keiner Diskriminierung kommt.

Zu Z 4 (§ 40 Abs. 3 KAKuG):

Art. 4 Abs. 2 lit. b der RL 2011/24/EU sieht vor, dass Gesundheitsdienstleister Patienten eine klare Rechnung über die von ihnen erbrachten Leistungen zur Verfügung zu stellen haben. Dies soll jedenfalls für jene Fälle gelten, in denen Patienten für ihren Spitalsaufenthalt selbst aufkommen müssen.

Zu Z 5 (§ 42d KAKuG):

Anpassung an die verfassungsrechtlichen Vorgaben der Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle.

Zu Z 6 (§ 65 Abs. 4k KAKuG):

Enthält die Ausführungsfrist für die Landesgesetzgeber.

Zu Z 7 (§ 65c KAKuG):

Enthält den Umsetzungshinweis.

Zu Artikel 8 (Änderung des Apothekengesetzes):**Zu Z 1 (§ 3c Abs. 11 Apothekengesetz):**

Hier werden die Richtlinien 2009/50/EG und 2011/95/EU im Zusammenhang mit der Anerkennung von Ausbildungsnachweisen umgesetzt.

Zu Z 2 (§ 3c Abs. 12 und 13 Apothekengesetz):

Art. 28 Abs. 2 der RL 2011/95/EU sieht eine Verpflichtung der Mitgliedstaaten vor, für „anerkannte“ Flüchtlinge, die keinen oder keinen vollständigen Nachweis ihrer Qualifikation durch Vorlage von Dokumenten erbringen können, diesbezügliche Erleichterungen vorzusehen.

Zu Z 3 (Überschrift vor § 4 Apothekengesetz):

Der erweiterte Inhalt der Bestimmung soll auch schon in der Überschrift zum Ausdruck kommen.

Zu Z 4 (§ 4 Abs. 3 bis 9 Apothekengesetz):

§ 4 Abs. 3 dient der Umsetzung des Art. 4 Abs. 2 lit. d der RL 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung für öffentliche Apotheken. Der eine öffentliche Apotheke führende Konzessionsinhaber, Pächter oder Leiter hat zur Deckung der aus dem Betrieb der öffentlichen Apotheke entstehenden Schadenersatzansprüche eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Die Berufshaftpflichtversicherung hat den Anforderungen des Abs. 4 zu entsprechen und ist während der Dauer der Leitung der öffentlichen Apotheke aufrecht zu erhalten. Die Vorgaben orientieren sich an den Vorgaben im Ärztegesetz, Zahnärztegesetz und Krankenanstaltengesetz. Im Übrigen soll der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers unzulässig sein. Der Abschluss der Berufshaftpflichtversicherung ist der Österreichischen Apothekerkammer nachzuweisen. Apothekenleiter, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des hier vorgeschlagenen Bundesgesetzes bereits eine Apotheke leiten, haben den Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung längstens bis 30. Juni 2014 zu erbringen. Auf Verlangen ist Kunden über die Berufshaftpflichtversicherung Auskunft zu erteilen (Art. 4 Abs. 2 lit. b der RL 2011/24/EU).

Zu Z 5 (Überschrift zu § 67a Apothekengesetz):

Redaktionelle Anpassung.

Zu Z 6 (§ 67a Z 5 bis 9 Apothekengesetz):

Die Auflistung des durch das Apothekengesetz umgesetzten Gemeinschaftsrechts wird um die mit der gegenständlichen Novelle umgesetzten Richtlinien (RL 2009/50/EG, RL 2011/24/EU und RL 2011/95/EU, RL 2011/51/EU und RL 2011/98/EU) ergänzt.

Zu Z 7 (§ 68a Abs. 5 Apothekengesetz):

Die Bestimmungen über die Berufshaftpflichtversicherung sollen mit dem Umsetzungsdatum der RL 2011/24/EU in Kraft gesetzt werden.

Zu den Artikeln 9 bis 13 (Änderung des Ärztegesetzes 1998, des Musiktherapiegesetzes, des Psychotherapiegesetzes, des EWR-Psychologengesetzes und des EWR-Psychotherapiegesetzes)**Zu Art. 9 Z 1 und 2, Art. 10 Z 1 und 2, Art. 11 Z 1, Art. 12 Z 2 und Art. 13 Z 2 (die Überschrift zu § 3a und § 3a ÄrzteG 1998, die Überschrift zu § 3 und § 3 MuthG, die Überschrift zu § 1a und § 1a Psychotherapiegesetz, § 14 EWR-Psychologengesetz und § 14 EWR-Psychotherapiegesetz):**

Es erfolgt eine Anpassung an die Diktion des Vertrags von Lissabon und eine Zitierung der relevanten in nationales Recht umzusetzenden Richtlinien.

Zu Art. 9 Z 4 und 5, Art. 10 Z 3, Art. 12 Z 1 und Art. 13 Z 1 (die Überschrift zu § 5b, §§ 5b und 29 ÄrzteG 1998, § 14 MuthG, § 1 EWR-Psychologengesetz und § 1 EWR-Psychotherapiegesetz):

Folgende EU-Richtlinien normieren unter anderem, dass die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG auf zahlreiche Gruppen von Drittstaatsangehörigen anzuwenden ist:

- Richtlinie 2003/109/EG betreffend die Rechtsstellung der langfristig aufenthaltsberechtigten Drittstaatsangehörigen;
- Richtlinie 2004/38/EG über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten;
- Richtlinie 2009/50/EG über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung;
- Richtlinie 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status

von Flüchtlingen oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes;

- Richtlinie 2011/98/EU über ein einheitliches Verfahren zur Beantragung einer kombinierten Erlaubnis für Drittstaatsangehörige, sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates aufzuhalten und zu arbeiten, sowie über ein gemeinsames Bündel von Rechten von Drittstaatsangehörigen, die sich rechtmäßig in einem Mitgliedstaat aufhalten.

Neben dem Erfordernis der Umsetzung der aufenthalts-, beschäftigungs- und asylrechtlichen Vorgaben dieser Richtlinien im nationalen Niederlassungs-, Ausländerbeschäftigungs- und Asylrecht ist hinsichtlich der Gleichstellung dieser Drittstaatsangehörigen im Bereich Berufsanerkennung in den Berufsgesetzen Sorge zu tragen. Da durch die genannten Richtlinien mittlerweile nahezu alle Drittstaatsangehörigen mit im Europäischen Wirtschaftsraum bzw. der Schweizerischen Eidgenossenschaft erworbenen beruflichen Qualifikationsnachweisen in den Anwendungsbereich der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie fallen, erscheint es im Sinne eines erleichterten Zugangs zur Berufsanerkennung für Migranten/-innen zielführend, das Staatsangehörigkeitserfordernis in den Bestimmungen über die EWR-Berufszulassung zu streichen und damit in diesen Verfahren ausschließlich auf die erworbene Berufsqualifikation abzustellen, während die Prüfung des Aufenthaltstitels den einschlägigen aufenthalts-, beschäftigungs- und asylrechtlichen Verfahren vorbehalten bleiben.

In diesem Sinne werden die Regelungen über die EWR-Berufszulassung für Musiktherapeutinnen (Musiktherapeuten) und Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) entsprechend vereinfacht und bereinigt.

Im ÄrzteG 1998 erfolgt eine entsprechende inhaltliche Anpassung.

Zu Art. 9 Z 6 bis 8, Art. 10 Z 4 bis 6 und Art. 11 Z 3 bis 7 (§§ 30, 51 und 52d ÄrzteG 1998, §§ 18, 29 und 34 MuthG und §§ 14, 14a, 16a, 19 und 23 Psychotherapiegesetz):

Artikel 4 Abs. 2 lit. b der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sieht die Verpflichtung der Gesundheitsdienstleister zur Bereitstellung von ausreichenden Informationen an die Patienten/-innen vor, um diesen eine sachkundige Entscheidung über die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Dem entsprechend werden in das ÄrzteG 1998, das Musiktherapiegesetz und das Psychotherapiegesetz klärende ausdrückliche Bestimmungen über die Informationspflichten, insbesondere über die Kosten der Behandlung, aufgenommen, die sich bisher bereits implizit aus den Gesetzestexten ergeben haben. Neu normiert werden Bestimmungen über einen beruflichen Versicherungsschutz für klinische und Gesundheitspsychologen sowie Psychotherapeuten. Die zugrundeliegenden Daten beziehen sich auf den Endbericht der Studie „Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie“ der Gesundheit Österreich GmbH aus dem Jahr 2012.

Diese Regelung tritt entsprechend der Umsetzungsfrist gemäß Artikel 21 der Richtlinie 2011/24/EU mit 25. Oktober 2013 in Kraft. Die genannten Richtlinien werden in den jeweiligen Umsetzungshinweis aufgenommen.

Gemäß Artikel 10 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24/EU „gewährleisten die Behandlungsmitgliedstaaten, dass Informationen über die Berufsausübungsberechtigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in den auf ihrem Hoheitsgebiet eingerichteten nationalen oder lokalen Registern enthalten sind, auf Anfrage den Behörden anderer Mitgliedstaaten zum Zwecke der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Einklang mit den Kapiteln II und III und den nationalen Maßnahmen zur Umsetzung der Unionsvorschriften über den Schutz personenbezogener Daten, insbesondere den Richtlinien 95/46/EG und 2002/58/EG, sowie dem Grundsatz der Unschuldsvermutung bereitgestellt werden. Der Informationsaustausch findet über das Binnenmarktinformationssystem statt, das nach der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission vom 12. Dezember 2007 über den Schutz personenbezogener Daten bei der Umsetzung des Binnenmarktinformationssystems (IMI) eingerichtet wurde.“

Hinsichtlich der Bereitstellung von entsprechenden Informationen über in Österreich in die Musiktherapeutenliste und in die Psychotherapeutenliste eingetragene Musiktherapeutinnen (Musiktherapeuten) und Psychotherapeutinnen (Psychotherapeuten) wird nunmehr eine explizite Verpflichtung des/der Bundesministers/-in für Gesundheit geschaffen, die auch den Verpflichtungen zur Verwaltungszusammenarbeit auf Grund der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG Rechnung trägt, der bisher ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage im Sinne einer guten Verwaltungszusammenarbeit durch den Bundesminister für Gesundheit bereits nachgekommen wurde. Weiters wird das ÄrzteG 1998, in dem bereits eine inhaltliche Umsetzung erfolgt ist, durch einen formalen Hinweis auf die Richtlinie 2011/24/EU und das Binnenmarktinformationssystem IMI ergänzt.

Diese Regelung tritt entsprechend der Umsetzungsfrist gemäß Artikel 21 der Richtlinie 2011/24/EU mit 25. Oktober 2013 in Kraft. Die genannte Richtlinie wird in die Umsetzungshinweise aufgenommen.

Zu Art. 9 Z 3 und Art. 11 Z 2 (§ 4 ÄrzteG 1998 und § 12 Psychotherapiegesetz):

Die Richtlinie 2011/95/EU normiert in Art. 28 den Zugang zu Verfahren für die Anerkennung von Befähigungsnachweisen. Gemäß Abs. 2 sind die Mitgliedstaaten bestrebt, den uneingeschränkten Zugang von Personen, denen internationaler Schutz zuerkannt worden ist, die keine Nachweise für ihre Qualifikationen beibringen können, zu geeigneten Programmen für die Beurteilung, Validierung und Bestätigung solcher früher erworbenen Kenntnisse zu erleichtern.

Dieser Vorgabe wird im ÄrzteG 1998 und im Psychotherapiegesetz durch die Möglichkeit der Zulassung zur Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt bzw. Anrechnung durch den Bundesminister für Gesundheit nach Anhörung des Psychotherapiebeirats Rechnung getragen.

Zu den Artikeln 14 bis 18 (Änderung des Kardiotechnikergesetzes, des Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes, des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes, des Sanitätergesetzes und Änderung des Zahnärztegesetzes)

Zu Art. 14 Z 1, 3 und 4, Art. 16 Z 1 bis 3 und Art. 17 Z 1 bis 3 (Inhaltsverzeichnis und § 2a KTG, Inhaltsverzeichnis und § 1a MMHmG und Inhaltsverzeichnis und § 2a SanG)

Es erfolgen Anpassungen an die Diktion des Vertrags von Lissabon sowie der Zitierung der aktuellen Fassung der EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG.

Zu Art. 14 Z 2 (§ 1 KTG):

Die angeführten Bundesgesetze werden um die zwischenzeitlich erlassenen Berufsgesetze ergänzt.

Zu Art. 14 Z 5, 13 und 14 (§ 1a Z 3, § 19 Abs. 7 und § 36 Abs. 4 KTG):

Gemäß Artikel 10 Abs. 4 der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung „gewährleisten die Mitgliedstaaten, dass Informationen über die Berufsausübungsberechtigung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in den auf ihrem Hoheitsgebiet eingerichteten nationalen oder lokalen Registern enthalten sind, auf Anfrage den Behörden anderer Mitgliedstaaten zum Zwecke der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Einklang mit den Kapiteln II und III und den nationalen Maßnahmen zur Umsetzung der Unionsvorschriften über den Schutz personenbezogener Daten, insbesondere den Richtlinien 95/46/EG und 2002/58/EG, sowie dem Grundsatz der Unschuldsvermutung bereitgestellt werden. Der Informationsaustausch findet über das Binnenmarktinformationssystem statt, das nach der Entscheidung 2008/49/EG der Kommission vom 12. Dezember 2007 über den Schutz personenbezogener Daten bei der Umsetzung des Binnenmarktinformationssystems (IMI) eingerichtet wurde.“

Hinsichtlich der Bereitstellung von entsprechenden Informationen über in Österreich in die Kardiotechnikerliste eingetragene diplomierte Kardiotechniker/innen wird eine Verpflichtung des/der Bundesministers/-in für Gesundheit geschaffen, die auch den Verpflichtungen zur Verwaltungszusammenarbeit auf Grund der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG Rechnung trägt.

Diese Regelung tritt entsprechend der Umsetzungsfrist gemäß Artikel 21 der Richtlinie 2011/24/EU mit 25. Oktober 2013 in Kraft. Die genannte Richtlinie wird in den Umsetzungshinweis des § 1a aufgenommen.

Zu Art. 14 Z 6 bis 12, Art. 15 Z 1 bis 4, Art. 16 Z 5 bis 8 und 10 bis 23, Art. 17 Z 4 bis 10 und Art. 18 Z 2 bis 4 und 7 bis 9 (§§ 2a Z 4, 11 und 13 KTG, §§ 3 und 16 MABG, §§ 1a Z 4, 10, 12, 39, 40, 42, 63 und 65 MMHmG, §§ 2a Z 3 und 4, 18 und 20 SanG und §§ 2, 9 und 78 ZÄG):

Folgende EU-Richtlinien normieren unter anderem, dass die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG auf zahlreiche Gruppen von Drittstaatsangehörigen anzuwenden ist:

- Richtlinie 2003/109/EG betreffend die Rechtsstellung der langfristig aufenthaltsberechtigten Drittstaatsangehörigen;
- Richtlinie 2004/38/EG über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten;
- Richtlinie 2009/50/EG über die Bedingungen für die Einreise und den Aufenthalt von Drittstaatsangehörigen zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung;
- Richtlinie 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status

von Flüchtlingen oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes;

- Richtlinie 2011/98/EU über ein einheitliches Verfahren zur Beantragung einer kombinierten Erlaubnis für Drittstaatsangehörige, sich im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates aufzuhalten und zu arbeiten, sowie über ein gemeinsames Bündel von Rechten von Drittstaatsangehörigen, die sich rechtmäßig in einem Mitgliedstaat aufhalten.

Neben dem Erfordernis der Umsetzung der aufenthalts-, beschäftigungs- und asylrechtlichen Vorgaben dieser Richtlinien im nationalen Niederlassungs-, Ausländerbeschäftigungs- und Asylrecht ist hinsichtlich der Gleichstellung dieser Drittstaatsangehörigen im Bereich Berufsanerkennung in den Berufsgesetzen Sorge zu tragen. Da durch die genannten Richtlinien mittlerweile nahezu alle Drittstaatsangehörigen mit im Europäischen Wirtschaftsraum bzw. der Schweizerischen Eidgenossenschaft erworbenen beruflichen Qualifikationsnachweisen in den Anwendungsbereich der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie fallen, erscheint es im Sinne einer erleichterten Berufsanerkennung von Migranten/-innen und einer einfacheren Vollziehung der Berufsanerkennung zielführend, das Staatsangehörigkeitserfordernis in den Bestimmungen über die EWR-Berufszulassung zu streichen und damit in diesen Verfahren ausschließlich auf die erworbene Berufsqualifikation abzustellen, während die Prüfung des Aufenthaltstitels den einschlägigen aufenthalts-, beschäftigungs- und asylrechtlichen Verfahren vorbehalten bleiben.

In diesem Sinne werden die Regelungen über die EWR-Berufszulassung und die Nostrifikation entsprechend vereinfacht und bereinigt.

Zu Art. 16 Z 4, 9 und 24 und Art. 18 Z 1, 5 und 6 (§§ 1a Z 4, 33 und 36 Abs. 4 MMHmG und §§ 2 und 18 Abs. 1 und 2 ZÄG):

Artikel 4 Abs. 2 lit. b der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sieht die Verpflichtung der Gesundheitsdienstleister zur Bereitstellung von ausreichenden Informationen an die Patienten/-innen vor, um diesen eine sachkundige Entscheidung über die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen.

Dem entsprechend wird im Rahmen der Regelung des § 33 MMHmG und des § 18 Abs. 2 ZÄG betreffend die Informationspflichten im Rahmen der freiberuflichen Berufsausübung, soweit die geltenden Bestimmungen noch einer Ergänzung bedürfen, die Verpflichtung zur Information über den geplanten Behandlungsablauf, die Kosten der Behandlung und den beruflichen Versicherungsschutz aufgenommen.

Diese Regelung tritt entsprechend der Umsetzungsfrist gemäß Artikel 21 der Richtlinie 2011/24/EU mit 25. Oktober 2013 in Kraft. Die genannte Richtlinie wird in den Umsetzungshinweis des § 1a MMHmG und des § 2 ZÄG aufgenommen.