



**Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer
zu der Mitteilung der Kommission**

**Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen
im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen SEC (2006) 1195/4**

vom 26. September 2006

Präambel

Nachdem der Gesundheitsbereich von der Dienstleistungsrichtlinie ausgeschlossen worden ist, hat die Kommission mit ihrer Mitteilung vom 26. September 2006 eine öffentliche Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen eingeleitet und um Antworten bis zum 31. Januar 2007 gebeten.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßt es, dass die Kommission den Organisationen und den Verantwortlichen im Gesundheitswesen in einem frühen Stadium der Überlegungen Gelegenheit gibt, ihre Erkenntnisse und Erfahrungen in den Konsultationsprozess einbringen zu können.

Anhand der Ergebnisse des Konsultationsprozesses will die Kommission prüfen, in welchen Bereichen Maßnahmen der EU sinnvoll und erforderlich sind. Insbesondere fragt sie danach, wo und in welchem Umfang Rechtssicherheit geschaffen werden sollte. Dabei unterscheidet sie zwischen der Mobilität von Patienten und Behandlern. Diese Differenzierung wird von der BZÄK begrüßt, denn es handelt sich um unterschiedliche Bereiche, bei denen der Handlungsbedarf unterschiedlich zu beurteilen ist.

Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass Bestehendes nicht zu verwerfen ist. Vor der Frage nach neuen Regelungen ist daher festzustellen, welche rechtlichen Vorgaben bereits bestehen und ob die vorhandenen Regelungen ausreichend sind, um die gemeinschaftsrechtlich garantierten Freizügigkeitsrechte von Patienten und Heilberufen zu gewährleisten.

Die Bundeszahnärztekammer hatte sich - wie die Kommission in ihrem ursprünglichen Gesetzesvorschlag - dafür eingesetzt, die Gesundheitsdienstleistungen in der Dienstleistungsrichtlinie mit zu erfassen. Dem sind das Europäische Parlament und der Rat leider nicht gefolgt. Im Hinblick auf eine von der Kommission nunmehr geplante sektorale Regelung des Gesundheitsbereichs läßt sich die Position der BZÄK wie folgt zusammenfassen:

1. Die EuGH-Rechtsprechung zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen muss in europäisches Sekundärrecht überführt werden. Zahlreiche Beschwerden bei Verbraucherzentralen belegen, dass die Genehmigung von Auslandsbehandlungen und die Kostenerstattung für viele Patienten in Europa problematisch bleibt.
2. Die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit für Vertreter der reglementierten Berufe ist bereits durch das Gemeinschaftsrecht geregelt. Hier besteht vorläufig kein weiterer Regelungsbedarf, nicht zuletzt, weil nach der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG, die bis Oktober 2007 in nationales Recht umgesetzt werden muss, auch bei der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung zuvorderst das Berufsrecht des Aufnahmestaates gilt.
3. Allenfalls könnte eine sektorale Richtlinie vorschreiben, dass der grenzüberschreitend tätige Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen den Nachweis einer Haftpflichtversicherung vorlegen muss. Auf keinen Fall darf es zu einer europaweiten Regelung der Gefährdungshaftung mit einer Einführung der Beweislastumkehr kommen. Diese Entwicklung könnte enorme Folgekosten für die Gesundheitssysteme haben und zu einer Defensivmedizin wie in anderen Ländern führen.
4. Die Überwachung der Qualitätssicherung sollte weiterhin bei den nationalen Gesundheitssystemen und in der Kompetenz der beruflichen Selbstverwaltung angesiedelt bleiben.
5. Der Gemeinschaftsrahmen für die Inanspruchnahme und Finanzierung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen sollte von Maßnahmen auf der unter-gesetzlichen Ebene flankiert werden. Hierbei sollte die Sachkompetenz und Problemnähe der nationalen Selbstverwaltungsorganisationen im Sinne dezentraler Selbstregulierung einbezogen werden.

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

Das Gesundheitswesen wird zunehmend als Wirtschaftsfaktor betrachtet, der mit in Deutschland 4,2 Millionen Beschäftigten und Wachstumsperspektiven einen erheblichen Beitrag für die gesamte Volkswirtschaft eines Landes ausmacht. Im Vergleich mit der transnationalen Dynamik der gewerblichen Wirtschaft erscheint der von der Kommission geschätzte Anteil der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen von ca. 1% relativ niedrig. Der BZÄK liegen hierzu keine exakten Zahlen vor. Der Anteil könnte im zahnmedizinischen Bereich zwar durchaus höher liegen, verglichen mit anderen Wirtschaftszweigen jedoch gleichwohl auf einem niedrigen Niveau. Von daher ist es zu begrüßen, dass die Kommission einen Rechtsrahmen für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen schaffen will, damit Patienten und Angehörige der Heilberufe von Ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch machen können. Es stellt sich jedoch die Frage, worin die Gründe liegen, dass der Anteil der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen trotz der eindeutigen Rechtslage durch die EuGH-Urteile, die eine breite Resonanz in der Presse gefunden haben, weiter gering ist.

Die Kommission führt selbst schon eine Reihe von Gründen an, die von der BZÄK bestätigt und ergänzt werden können. Sicher wird eine Rolle spielen, dass Gesundheitsdienstleistungen sehr persönliche Leistungen eines Arztes oder Zahnarztes sind, die das wichtige Gut der Gesundheit betreffen und in einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung durchgeführt werden. Diese wird gekennzeichnet durch die kontinuierliche behandlerische Betreuung, das dadurch begründete Vertrauensverhältnis, die räumliche Nähe, die gemeinsame Sprache und das Wissen, im Falle von Problemen den Arzt oder Zahnarzt in seiner Praxis sofort aufsuchen zu können. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass ärztliche und zahnärztliche Behandlungen häufig nicht punktuell erfolgen, sondern eine langfristige Betreuung vor und nach der Maßnahme erfordern. Sprechen diese Aspekte bereits bei einer komplikationslos verlaufenden Behandlung für das Aufsuchen eines Arztes oder Zahnarztes im Inland, so gilt dies erst Recht wenn Probleme auftauchen.

Auch sind die Rechtssysteme und die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Rechtsverfolgungen in den Mitgliedsstaaten unterschiedlich ausgestaltet, so dass sich hierdurch für den Patienten größere Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Ansprüchen ergeben werden als bei einer Versorgung im Heimatland. Eine Änderung der Rechtssysteme alleine im Gesundheitsbereich erscheint nicht praktikabel, eine Vereinheitlichung der gesamten Rechtssysteme ohnehin nicht.

Grundvoraussetzung für die von der Kommission gewünschte grenzüberschreitende Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist die Kostenerstattung. Das in vielen Mitgliedsstaaten vorherrschende Sachleistungsprinzip ist für eine grenzüberschreitende Versorgung nicht geeignet.

Sollte die grenzüberschreitende Versorgung zunehmen, wird dies für die Mitgliedsstaaten dazu führen, dass sie ihre Systeme auf die Kostenerstattung ausrichten müssen. Je nach Umfang des Volumens grenzüberschreitender Maßnahmen kann dies aber auch dazu führen, dass die in vielen Mitgliedsstaaten vorhandenen Bedarfsplanungen, insbesondere im stationären Bereich umgestaltet werden müssen.

Ziel einer erweiterten grenzüberschreitenden Versorgung sollte es sein, das Angebot an medizinischen Leistungen für die Bürger der EU zu erweitern und qualitativ zu verbessern. Die Kommission spricht zutreffend davon, dass eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung für die europäischen Bürger einen hohen Stellenwert hat. Dementsprechend bietet der Ansatz der Kommission Chancen. Gleichzeitig muss die Kommission dafür Sorge tragen, dass der hohe Standard der Versorgung auch bei grenzüberschreitender Leistungserbringung erhalten bleibt.

Hinsichtlich der Freizügigkeiten für Ärzte und Zahnärzte ist festzustellen, dass diese durch die bestehenden Richtlinien und die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes bereits gewährleistet ist. So hat der EuGH zuletzt im Fall Watts diese Grundfreiheiten klar hervorgehoben. Es kann daher nur darum gehen, die feststehende Rechtsprechung des EuGH zu kodifizieren.

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

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bedarf klarer rechtlicher Vorgaben. Der Europäische Gerichtshof hat auf diesem Feld dankenswerterweise Klarheit geschaffen. Die Bundeszahnärztekammer befürwortet ausdrücklich deren Übertragung in europäisches Sekundärrecht. Es bedarf eines europäischen Rechtsrahmens, der Klarheit über die Bedingungen schafft, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen erbracht, finanziert und nachgefragt werden können. Der EuGH hat in seiner Rechtsprechung auch klare Aussagen zur Finanzierung getroffen. Der EuGH hat immer wieder entschieden, dass Patienten Kostenerstattung für im Ausland erbrachte Dienstleistungen geltend machen können, ein Grundsatz, der lediglich für den stationären Bereich mit Einschränkungen versehen wurde.

Grundlegend ist die Einführung der Kostenerstattung. Die Bundesregierung hat sich intensiv mit den EuGH-Urteilen befasst und die Voraussetzungen der Kostenerstattung in § 13 SGB V beschrieben. Allerdings führen die einschränkenden Voraussetzungen in einigen Mitgliedsländern nach wie vor dazu, dass von der Kostenerstattung weniger Gebrauch gemacht wird als von den Patienten gewünscht. Die Kostenerstattung sollte auch von anderen Ländern für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen festgeschrieben werden. Zahlreiche Beschwerden bei europäischen Verbraucherzentralen belegen, dass die Genehmigung von Auslandsbehandlungen und die Kostenerstattung für viele Patienten problematisch bleibt. Ein Europa der Verbraucher und Patienten ist nur glaubwürdig, wenn die Hürden für eine medizinische Behandlung eines EU-Bürgers in einem anderen Mitgliedstaat abgebaut werden.

Was die Mobilität von Angehörigen der Heilberufe betrifft, so ist die BZÄK der Auffassung, dass diese durch die im Oktober kommenden Jahres in Kraft tretende Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG hinreichend geregelt ist. Hier bedarf es zunächst keines zusätzlichen Rechtsrahmens.

Patienten müssen über die Angebote im europäischen Ausland sowie über ihre Rechte und Pflichten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland hinreichend informiert werden. Im Gegenzug müssen die Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen in vollem Umfang Zugang zu Informationen über den Gesundheitszustand von Patienten aus dem EU-Ausland haben.

Auch sollte die Vernetzung der zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten zum verbesserten Informationsaustausch über migrierende Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen fortgesetzt werden. Hier begrüßt die Bundeszahnärztekammer ausdrücklich den Zugang zu dem von der Kommission entwickelten EDV-gestützten Informationssystem IMI (Internal Market Information Management System).

Bei allen Maßnahmen auf der gesetzlichen wie auch der untergesetzlichen Ebene müssen die Beteiligten (die Kommission, die Mitgliedstaaten und deren Behörden, Dienstleistungserbringer und -erwerber) bestehende Rechtsvorschriften über den Datenschutz berücksichtigen und eine sichere Methode des Austausches der Krankenakten sowie von Informationen über Angehörige der Heilberufe einführen, in die auch die Berufsorganisationen unbedingt einzubeziehen sind.

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

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer unterscheiden sich die Zuständigkeiten bei den in der Mitteilung der Kommission genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nicht. Allerdings sollte nach ihrer Ansicht bei der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung immer das Recht des Aufnahmestaates gelten, demzufolge natürlich auch das Berufsrecht.

Mit Genugtuung hat die Bundeszahnärztekammer im Dezember 2003 die Meinung des Europäischen Parlaments über die Bedeutung der Berufsständischen Organisationen zur Kenntnis genommen.

Ebenso wird im Follow-up zum Bericht über den Wettbewerb bei freiberuflichen Dienstleistungen vom Oktober 2006 deutlich hervorgehoben, „dass den nationalen berufsständischen Einrichtungen für freiberufliche Dienstleister eine herausgehobene Bedeutung bei der Fortführung der Reformanstrengungen zukommt“.

Die verschiedenen Versorgungssysteme in den Mitgliedsstaaten bedingen, dass in den einzelnen Ländern unterschiedliche Behörden und Institutionen auf Länder- und Bundesebene Zuständigkeiten haben. Dies ist in den grundsätzlich verschiedenen Gesundheitssystemen in den Mitgliedsstaaten begründet, die die EU bei ihren Überlegungen zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen nicht ändern will und auch nicht ändern kann. Ziel kann es daher nur sein, die jeweiligen Zuständigkeiten transparent zu machen.

Die Kontinuität der Rahmenbedingungen der Behandlung ist bei einer inländischen Behandlung über die Vorgaben der Berufsordnung gewährleistet. So verlangt § 9 Abs. 2 der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer vom Zahnarzt, dass die Versorgung seiner Patienten durch ihn sichergestellt wird. Für die berufsrechtliche Überwachung sind in Deutschland die Landeszahnärztekammern zuständig. Um diese ausüben zu können, ist es erforderlich, dass Zahnärzte, die ihre Dienstleistungen außerhalb ihres Niederlassungslandes erbringen, sich bei der zuständigen Berufsvertretung im Land der Dienstleistungserbringung anmelden bzw. registrieren lassen müssen.

Zwar wird es ähnliche Vorgaben in den meisten Berufsordnungen der anderen Mitgliedsstaaten geben, jedoch wird der Patient bei größeren Entfernungen nicht immer anstreben, den Behandler im Ausland aufzusuchen.

Dies gilt insbesondere für die häufig erforderliche Nachsorge. Sucht er dann aber einen Behandler im Inland auf, kann es sich unter Umständen aus fachlichen Gründen als schwierig erweisen, dass dieser die einmal begonnene oder fehlerhafte Behandlung fortführt.

Für die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsdienstleistungen sind in Deutschland die Länderkammern zuständig, denen die berufsrechtliche Überwachung obliegt.

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

Die Klage- und Schadenersatzsysteme der Mitgliedsstaaten sind eingebettet in deren – unterschiedliche - allgemeine Rechtssysteme. Ein Etablieren eines eigenen Rechtssystems für den Bereich der Gesundheitsdienstleistungen erscheint weder praktikabel noch wünschenswert.

Maßgebend kann nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen nur das Recht des Landes sein, in dem die Behandlung stattfindet. Der Patient wählt von sich aus das Land, in dem er die Behandlung durchführen lassen will. Diese Entscheidung hat zugleich zur Folge, dass die in diesem Lande geltenden rechtlichen Bestimmungen zur Anwendung kommen. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, sich im Vorfeld seiner Behandlung über die rechtlichen Bestimmungen dieses Landes zu informieren.

Grundsätzlich sollte vor der Erbringung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung sichergestellt sein, dass der Dienstleistungserbringer über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügt (wie sie in Artikel 23 der Dienstleistungsrichtlinie vorgeschrieben wird). Die BZÄK spricht sich nachdrücklich jedoch gegen eine europaweite Anwendung von rechtlichen Regelungen der Gefährdungshaftung und – zuvorderst – gegen eine Einführung der Beweislastumkehr im medizinischen Behandlungsbereich aus. Würden nationale Rechtstraditionen im Haftpflichtbereich nicht gewahrt, hätte dies schwerwiegende Folgen für das gesamte Arzt-Patient-Verhältnis und insbesondere das Verhalten von Ärzten und Zahnärzten. Es bestünde die Gefahr einer Defensivmedizin, wie sie aus dem angloamerikanischen Raum bekannt ist. Zudem wären die Risiken für die Versicherungswirtschaft kaum zu kalkulieren. Folge wären auf jeden Fall enorme Steigerungen der Versicherungsprämien. Diese würden sich zunächst auf den Arzt bzw. Zahnarzt auswirken, der versuchen müsste, sie auf die Behandlungskosten und damit auf die Patienten bzw. die Krankenversicherungen zu übertragen. Diese Entwicklung könnte enorme Folgekosten für die Gesundheitssysteme haben.

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

Die Bundeszahnärztekammer begrüßt es, wenn die EuGH-Rechtsprechung zur Patientenmobilität in europäisches Sekundärrecht Eingang findet. Patienten sollten nach dem Gemeinschaftsrecht der Union grundsätzlich den Anspruch haben, gesundheitliche Versorgung auch grenzüberschreitend zu nutzen. Hierfür ist die Kostenerstattung das geeignete Mittel. Diese ist unerlässliche Voraussetzung für die transnationale Abrechnung von Behandlungskosten, erhöht die Transparenz und stärkt die Eigenverantwortung.

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

Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer ist die Freizügigkeit von Angehörigen der reglementierten Heilberufe durch die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG hinreichend geregelt.

Auf der untergesetzlichen Ebene würde die Bundeszahnärztekammer die Erarbeitung europäischer Verhaltenskodizes durch die Berufsorganisationen befürworten, wie sie in der Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt vorgeschlagen werden (Art. 37 des Gemeinsamen Standpunktes des Rates). Diese Kodizes sollten unter anderem Maßnahmen zur Qualitätssicherung berücksichtigen, darunter die (Selbst)verpflichtung zur Fortbildung und zu lebenslangem Lernen.

Grundsätzlich sollten Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie sie u. a. in dem Richtlinienentwurf über Dienstleistungen im Binnenmarkt (Art. 26 des Gemeinsamen Standpunktes des Rates) vorgeschlagen werden, nicht auf EU-Ebene geregelt werden. Die Bundeszahnärztekammer spricht sich gegen Qualitätscharten und die Einrichtung unabhängiger oder akkreditierter Gremien zur Überwachung der Qualitätssicherung aus. Dies ist Aufgabe der fachkompetenten, bürgernahen Selbstverwaltung. Qualität gehört zu den ureigensten Aufgaben des Berufsstandes selbst.

Vor diesem Hintergrund verweisen wir darauf, dass auf europäischer Ebene die Tendenz erkennbar ist, die Selbstverwaltung als Lösungskonzept für bestehende Probleme wie Überregulierung, fehlende Transparenz und fehlende Marktnähe einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund hat die Europäische Kommission in ihrem Entwurf einer Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt die o. e. Entwicklung europäischer Verhaltenskodizes durch Berufsorganisationen vorgeschlagen. Hintergrund der Diskussion über Selbst- und Koregulierung auf EU-Ebene ist u. a. der Aktionsplan „Vereinfachung und Verbesserung des Regelungsumfeldes“, den die Kommission im Juni 2002 verabschiedet hat. Danach sollen Alternativinstrumente zur Vermeidung der Überreglementierung u. a. auch im Bereich der EU-Binnenmarktgesetzgebung untersucht werden. Eine im Dezember 2003 durch das Europäische Parlament, den Rat und die Kommission unterschriebene interinstitutionelle Vereinbarung schreibt dies verbindlich fest.

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

Die EU hat keine originären Kompetenzen zur Gestaltung der Gesundheits- und Sozialsicherungssysteme der Mitgliedstaaten. Allerdings sollten die Systeme in den Mitgliedstaaten so weiterentwickelt werden, dass sie den Anforderungen der transnationalen Leistungsanspruchnahme gerecht werden. Dazu gehören die Einführung des Kostenerstattungsprinzips und ordnungspolitische Rahmenbedingungen, die das Arzt-Patient-Verhältnis in den Mittelpunkt stellen, die Eigenverantwortung der Patienten und die Wahl- und Therapiefreiheit von Patienten und Heilberufsangehörigen respektieren.

Die BZÄK vertritt weiter die Auffassung, dass mit der Umsetzung der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ein signifikanter Beitrag zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung geleistet wird.

Weitere Reglementierungen sind aus Sicht der Bundeszahnärztekammer auf EU-Ebene derzeit nicht erforderlich. Zunächst sollten nicht-legislative Mittel bevorzugt werden, z.B. die Methode der offenen Koordinierung.

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

Die Bundeszahnärztekammer befürwortet die Bildung europäischer Referenzzentren wie die Verbesserung der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Indikatoren, darunter von Indikatoren für Mundgesundheit.

Allerdings werden sich solche Entwicklungen schon aus dem Markt heraus ergeben, so dass es keiner institutionellen Unterstützung seitens der EU bedarf.

Die Bundeszahnärztekammer wird in ihrer Eigenschaft als Mitglied des europäischen zahnärztlichen Dachverbandes - „Council of European Dentists“ - bis Ende des Jahres Überlegungen darüber anstellen, welche weiteren Projekte oder Studien im Bereich der Zahn- und Mundgesundheit zu koordinierten Maßnahmen zwischen den Mitgliedstaaten beitragen könnten.

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

Die Möglichkeit zur Erbringung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen ist nach Auffassung der BZÄK durch die bestehende Niederlassungsfreiheit und die Dienstleistungsfreiheit sowie die Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen ausreichend geregelt.

Hinsichtlich der Patientenmobilität ist eine Kodifizierung der Rechtsprechung des EuGH wünschenswert. Zusätzlich könnten die Erarbeitung europäischer Verhaltenskodizes durch Berufsorganisationen sowie der Nachweis einer Haftpflichtversicherung durch den grenzüberschreitend tätigen Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen in einem solchen Rechtsrahmen festgeschrieben werden, wobei letzteres jedoch nicht zu einer garantieförmigen bzw. werksvertragsähnlichen Umgestaltung des Arzthaftungsrechts oder zur Einführung der Beweislastumkehr im medizinischen Bereich führen darf.

Weitergehende Rechtsakte der Kommission erscheinen nicht erforderlich.

Auf der untergesetzlichen Ebene begrüßt die Bundeszahnärztekammer viele von der „Hochrangigen Reflexionsgruppe“ erarbeiteten Vorschläge.

Die Überwachung der Qualitätssicherung sollte auf jeden Fall weiterhin bei den nationalen Kammerorganisationen angesiedelt bleiben. Sie wird in Deutschland und in vielen anderen Ländern – zum Teil auf gesetzlicher Grundlage und darüber hinaus gehend dem professionellen Selbstverständnis der Heilberufe und ihrer sozialetischen Verpflichtung entsprechend - von der Selbstverwaltung definiert und ständig weiterentwickelt.

Stand: 26.01.2007

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