

Deutscher Städtetag · Postfach 51 06 20 · 50942 Köln
Europäische Kommission
Generaldirektion Gesundheit und
Verbraucherschutz
Konsultation Gesundheitsdienstleistungen
B232 8/102

B-1049 Brüssel

health-services-consultation@ec.europa.eu

Marienburg
Lindenallee 13 - 17
50968 Köln

30.01.2007/sue

Telefon +49 221 3771-0
Durchwahl 3771-2 60
Telefax +49 221 3771-1 77

E-Mail

andrea.vontz@staedtetag.de

Bearbeitet von
Andrea Vontz

Aktenzeichen
53.25.00

Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich von Gesundheitsdienstleistungen vom 26.09.2006

Stellungnahme des Deutschen Städtetages

Vorbemerkung:

Mit ihrer Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich von Gesundheitsdienstleistungen vom 26.09.2006 greift die Kommission die in der Debatte der Dienstleistungsrichtlinie angestoßene Diskussion zu den Gesundheitsdienstleistungen auf und stellt die Frage, inwieweit es für den Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen unterstützender Maßnahmen auf der Gemeinschaftsebene bedarf.

Der Deutsche Städtetag meldet sich mit der vorliegenden Stellungnahme im Rahmen der Konsultation zu Wort. Der Deutsche Städtetag ist der größte kommunale Spitzenverband in Deutschland. Er vertritt die Interessen aller kreisfreien und der meisten kreisangehörigen Städte. In ihm haben sich knapp 4700 Städte und Gemeinden mit insgesamt 51 Mill. Einwohnern zusammengeschlossen. Durch den Deutschen Städtetag werden die Mitgliedstädte über Entwicklungen, die von Bedeutung für sie sind, informiert und der Erfahrungsaustausch zwischen ihnen wird initiiert.

Der Deutsche Städtetag vertritt aktiv die kommunale Selbstverwaltung, die in Art. 28 Abs. 2 des Grundgesetzes garantiert ist, und nimmt die Interessen seiner Mitglieder gegenüber Bundesregierung, Bundestag, Bundesrat, Europäischer Union und zahlreichen Organisationen wahr.

Maßgeblich sind dabei die vielfältigen Aufgaben deutscher Städte, zu denen auch die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Einwohner gehört. Dieser Aufgabe nehmen die Städte sich in engagierter Weise an, indem sie Gesundheitsleistungen für ihre Bürger erbringen und an der Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems mitwirken. Dies geschieht

u. a. durch die Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und durch die Einrichtung städtischer Krankenhäuser.

Orientierungsmaßstab für die vorliegende Stellungnahme des Städtetages sind die bestehenden rechtlichen Regelungen für den Gesundheitsbereich auf Europäischer Ebene.

Art. 152 EG-Vertrag regelt die Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitsbereich. Gemäß Art. 152 Abs. 5 EG-Vertrag gilt das Subsidiaritätsprinzip, d. h. die Verantwortung für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung verbleibt in der Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten. Art. 152 Abs. 1 EG-Vertrag lässt nur für einen sehr eingeschränkten Bereich, der dort genau festgelegt ist, eine ergänzende Tätigkeit der Gemeinschaft zu. Darüber hinausgehend bestehen keine Möglichkeiten, weitere Rechtsquellen auf Europäischer Ebene zu schaffen.

Die Regelung des Art. 152 Abs. 5 EG-Vertrag ist auch bei der Frage der Anwendung des Beihilfe- und Wettbewerbsrechts auf die Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen.

Das dort näher ausgeführte Subsidiaritätsprinzip zeigt die im EG-Vertrag zum Ausdruck gekommene Wertung, dass der Gesundheitsbereich kein eigentlicher „Markt“ ist, sondern gerade Spezifika aufweist, die für die Mitgliedstaaten so relevant sind, dass sie ihre Verantwortung hierfür in vollem Umfang gewahrt haben.

Mit diesem spezifischen Charakter der Gesundheitsdienstleistungen ist eine unbeschränkte Anwendung des Wettbewerbs- und Beihilferechts nicht vereinbar. Denn dies würde letztendlich eine Missachtung der mitgliedstaatlichen Souveränität bei der Organisation des Gesundheitswesens bedeuten. Etablierte, und im Sinne der sie nutzenden Bevölkerung gut und ortsnah funktionierende, nationale Strukturen würden ohne Not aufgegeben und die Bevölkerung, für die Gesundheit kein Gut wie jedes andere darstellt, verunsichert. Die in Art. 152 EG-Vertrag getroffene Regelung muss bei der Auflösung des Spannungsverhältnisses zu den Regeln des Wettbewerbs- und Beihilferechts berücksichtigt werden, da ansonsten das auf Solidarität aufgebaute Gesundheitssystem in den jeweiligen Mitgliedstaaten gefährdet wäre.

Dieser prinzipiellen Verantwortung der Mitgliedstaaten hat auch das Europäische Parlament unlängst im Rahmen der Diskussion der Dienstleistungsrichtlinie Rechnung getragen, indem es die Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der EU-Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen hat. Dabei hat es zu Recht den besonderen Charakter der Gesundheitsdienstleistungen betont, die nicht ungeschützt den Regeln des freien Markts unterworfen werden können.

Selbst wenn man davon ausgehen sollte, dass für Teile des Gesundheitsbereichs das Beihilfe- und Wettbewerbsrecht gilt, so sind die erbrachten Gesundheitsdienstleistungen weder nach Art oder Umfang geeignet, den freien Wettbewerb oder den Handel zwischen den EU-Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen, da sie im Wesentlichen zum lokal beschränkten Bereich der gemeinwohlorientierten Leistungen der Daseinsvorsorge der deutschen Städte für ihre Bürger gehören. Bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für ihre Einwohner steht in den Städten die Sorge um das Wohl der Bürger im Vordergrund, es handelt sich damit letztendlich um soziale Dienstleistungen. Insoweit ist vom Fehlen einer Binnenmarktrelevanz im Sinne des Art. 87 EG-Vertrag auszugehen, da der Markt zum einen wegen der starken Regulierung im Interesse der Aufrechterhaltung eines funktionierenden, die Versorgung aller garantierenden, nationalen Gesundheitssystems von vornherein beschränkt ist und zum anderen die Tätigkeit in der Regel nur lokal beschränkte Auswirkungen hat.

Die Europäische Kommission begründet ihre Mitteilung mit der von ihr als mangelhaft wahrgenommenen Rechtssicherheit im Bereich der Patientenmobilität. Die bisherigen von der EU hierzu geschaffenen Verordnungen und die Rechtsprechung des EuGH hierzu, die in Deutschland 2004 im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes umgesetzt wurden, bieten nach Auffassung des Deutschen Städtetages schon heute jedoch eine ausreichende Basis.

Vor dem zuvor näher dargelegten Hintergrund beantwortet der Deutsche Städtetag die von der Kommission vorgelegten Fragen, soweit die Städte von ihnen im Rahmen ihrer Aufgaben betroffen sind, wie folgt:

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

Bislang hat die grenzüberschreitende Erbringung oder Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nur eine geringe Bedeutung, die zumeist auf den grenznahen Raum beschränkt ist. Die Modalitäten der Erbringung und Inanspruchnahme werden durch entweder zwischenstaatliche oder privatrechtliche Vereinbarungen geregelt. In Anbetracht der bereits bestehenden Regelungen und des geringen Umfanges von grenzüberschreitenden Gesundheitsmaßnahmen ist vor dem Hintergrund des Art. 152 Abs. 5 EG-Vertrag keine über die bisherigen Regelungen hinausgehende Weiterentwicklung durch die Europäische Union geboten. Basis der Haltung der Europäischen Kommission muss die Anerkennung der mitgliedstaatlichen Souveränität im Gesundheitsbereich und die Regelung des Sicherstellungsauftrags durch die Mitgliedstaaten sein. Bislang hat sich gezeigt, dass einzelstaatliches Handeln im Gesundheitsbereich im spezifischen Bedarfsfall, z. B. bei der Notfallrettung, ergänzt durch bilaterale zwischenstaatliche Verträge, ausreichend ist, sodass vor dem Hintergrund des Subsidiaritätsprinzips ein europäisches Handeln verzichtbar erscheint. Die Systeme der gesundheitlichen Versorgung verblieben im Rahmen des EG-Vertrages gerade in der Kompetenz der Mitgliedstaaten, um insbesondere die finanzielle Nachhaltigkeit der jeweiligen nationalen Systeme zu gewährleisten. Eine Weiterentwicklung auf der Ebene der Europäischen Union ist nicht erforderlich, da etwaige Probleme sich punktgenauer, an der spezifischen örtlichen bzw. regionalen Problemlage orientiert, bilateral regeln lassen.

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?

Es ist eine der wichtigsten Aufgaben der Mitgliedstaaten, eine Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten, die auf den Prinzipien von Universalität, Zugang zu qualitativ guter Versorgung, Gleichheit und Solidarität beruht. Die Mitgliedstaaten müssen entsprechend der Regelung des Art. 152 Abs. 5 EG-Vertrag die Steuerungsbefugnis über diese Gesundheitssysteme behalten, nur dann bleiben diese Systeme in sich kohärent und konsistent. Die Städte in Deutschland sind in vielfältiger Weise in das deutsche Gesundheitssystem eingebunden. Beispielsweise sorgen sie für zahlreiche präventive Maßnahmen, unterstützen die Gesundheitsversorgung sozial Schwacher oder stellen Gesundheitsdienstleistungen wie Rettungsdienstreisen oder das ortsnahe Angebot von Krankenhausbehandlungen sicher. Gerade letzteres hat

die Bundesrepublik für so bedeutsam gehalten, dass sie einen Sicherstellungsauftrag hierfür an Bundesländer und Kommunen vergeben hat.

Derartige mitgliedstaatlich spezifische Besonderheiten des Gesundheitsbereichs müssen bei der Auflösung des Spannungsverhältnisses zu den Gemeinschaftsregeln betreffend Freizügigkeit, Wettbewerb, Beihilfen etc. berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist nochmals auf das Subsidiaritätsprinzip hinzuweisen und seine volle Geltung einzufordern.

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

Die Zuständigkeit für die genannten Bereiche liegt bei dem Mitgliedstaat, auf dessen Gebiet die Dienstleistung vorgenommen wird. Dabei sind die jeweiligen nationalen Aufsichts- und Zuständigkeitsregeln maßgeblich. Ein Bedarf für zusätzliche Kontroll- und Beratungsinstanzen ist nicht erforderlich. Die jeweilige nationale Instanz hat dabei selbstverständlich bereits geltendes Gemeinschaftsrecht zur Anwendung zu bringen.

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

Die Zuständigkeit für die Überwachung der Sicherheit und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen liegt bei den nach dem nationalen Recht jeweils zuständigen Stellen des Staates, in dem die Leistung in Anspruch genommen wird. Gründe für die Schaffung einer davon abweichenden, zusätzlichen Instanz bestehen, gerade auch vor dem Hintergrund der geringen Fallzahlen, nicht.

Für Fragen der Haftung und der Rechtsmittel der jeweiligen Parteien gelten ebenfalls die Regelungen des nationalen Rechts des Ortes an dem die Leistungserbringung erfolgt bzw. die Regelungen des Internationalen Privatrechts. Darüber hinausgehend besteht auch hier kein Regelungsbedarf.

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

In Deutschland sichert die Krankenhausplanung, die bei den Bundesländern liegt und in die die einzelnen Krankenhausträgergruppen einbezogen sind, dass ausreichend Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern vorhanden sind. Bislang reichen in Deutschland die vorhandenen Kapazitäten aus.

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?

Die hierzu bestehenden gemeinschaftsrechtlichen Regelungen reichen aus.

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

Sollte es bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu Problemen kommen, so hat sich der Abschluss bilateraler Übereinkommen bewährt.

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

Durch Nutzung der Ergebnisse der Offenen Methode der Koordinierung können die verschiedenen Akteure voneinander lernen. Ergänzend sollte die Europäische Union den Erfahrungsaustausch fördern. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich.

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

Über dasjenige hinaus was die Europäische Union bereits geregelt hat, besteht kein Handlungsbedarf auf europäischer Ebene. Eingriffe in die nationalen Gesundheitssysteme würden Art. 152 EGV, wie bereits mehrfach ausgeführt, nicht gerecht werden.

Allerdings sollten Austausch von know-how und best practice Aktivitäten durch die EU gefördert werden.

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.