

BFB - 23, rue Montoyer, Boîte 7 - 1000 Brüssel

An
Europäische Kommission
Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz
Konsultation Gesundheitsdienstleistungen
B 232 8/102
B – 1049 Brüssel

BelgienPer E-Mail an: health-services-consultation@ec.europa.eu**Geschäftsführung**

31.01.2007

Le

**Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen
Hier: Stellungnahme des Bundesverbandes der Freien Berufe (BFB)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Ihnen für die Möglichkeit einer Beteiligung an der öffentlichen *Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen* danken. Der BFB vertritt die gemeinsamen Interessen von 89 Kammern und Verbänden aus den freien heilkundlichen, rechts-, steuer- und wirtschaftsberatenden, technischen und naturwissenschaftlichen sowie publizistischen und künstlerischen Berufen in Deutschland. Derzeit sind rund 906.000 selbstständige Freiberufler mit rund 2,8 Mio. Angestellten – darunter ca. 150.000 Auszubildende – in Deutschland tätig.

I. Einleitung

Am 28.12.2006 ist die Richtlinie 2006/123/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt (Dienstleistungsrichtlinie) in Kraft getreten. Dabei wurden die Gesundheitsdienstleistungen gem. Art.2 Abs.2 lit.f) vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie ausgenommen. Zuvor ist die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Berufsanerkennungsrichtlinie) am 8. September 2005 in Kraft getreten, die Auswirkungen auch auf Gesundheitsdienstleistungen nach sich zieht, soweit es sich bei den Gesundheitsdienstleistern um sog. reglementierte Berufe oder Tätigkeiten handelt.

Beide Richtlinien beschäftigen sich mit Fragen der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit sowie mit Aspekten der Verwaltungsvereinfachung. Daneben hat sich der *Europäische Gerichtshof (EuGH)* in seiner Rechtsprechung regelmäßig mit Fragen der Kostenerstattung und der Patientenmobilität auseinandergesetzt¹.

23, rue Montoyer, bte.7
1000 Brüssel
Tel.: (+32) 02 500 10 50
Fax: (+32) 02 512 10 55
info-bruessel@freie-berufe.de
<http://www.freie-berufe.de>

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank, Düsseldorf
Kto.Nr.: 0001 025 694
(BLZ 300 606 01)

Postgiroamt Köln
Kto.Nr.: 29-500
(BLZ 370 100 50)

¹ Vgl. z.B. Rechtssache C-368/98 Vanbraekel [2001] ECR I-5363; Rechtssache C-157/99 Smits und Peerbooms [2001] ECR I-5473, Rechtssache C-56/01 Inizan [2003] ECR I-2403; Rechtssache C-8/02 Leichtle [2004] ECR I-2641; Rechtssache Müller-Fauré und Van Riet [2003] ECR I-

Die Forderung des EG-Vertrages zur Schaffung eines einheitlichen Binnenmarktes bezieht sich grundsätzlich auf alle Dienstleistungen und damit auch die Gesundheitsdienstleistungen². Gleichzeitig soll über Art.152 Abs.1 EG-Vertrag ein „hohes Gesundheitsschutzniveau“ gewährleistet werden. Die dazu erforderliche Politik obliegt entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip jedoch zunächst den Mitgliedstaaten.

Im Gegensatz zu anderen gewerblichen Dienstleistungen sind Gesundheitsdienstleistungen durch ein besonderes Verhältnis zum Dienstleistungsempfänger geprägt³. Dies kommt insbesondere in der „Asymmetrie der Information“ zwischen Empfängern und Dienstleistern zum Ausdruck. Zudem sind diese Dienstleistungen oftmals als „öffentliches Gut“ einzuordnen, da sie für die Gesellschaft als Ganzes von Bedeutung sind. Schließlich können Gesundheitsdienstleistungen „externe Effekte“ haben, das bedeutet, dass sie Auswirkungen auf Dritte haben⁴.

Aufgrund der besondere Bedeutung dieses Sektors für Verbraucher und die Volkswirtschaft als Ganzes sind weitere Maßnahmen in diesem Sektor an den aufgezeigten Parametern und Vorgaben zu messen. Insbesondere das Subsidiaritätsprinzip und die mit Art.152 EG einhergehenden nationalen Kompetenzen müssen eingehalten werden.

II. Kernpunkte

Aus der Sicht der Freien Berufen erscheinen - vorweg - insbesondere fünf Punkte besonders wichtig:

- 1. In Bezug auf die Regeln der Niederlassungsfreiheit und der Dienstleistungsfreiheit wird die derzeitige Rechtslage, wie sie durch die speziellen Regelungen der Berufsanerkenntnisrichtlinie und der Dienstleistungsrichtlinie vorgegeben wird, als ausreichend angesehen;*
- 2. Es sollte überprüft werden, inwieweit die Regeln der beiden Richtlinien in Bezug auf die Verwaltungsvereinfachung auch für den Bereich der Gesundheitsdienstleistungen übernommen werden können (insbesondere elektronische Verfahrensweise etc.);*
- 3. Es sollte dafür gesorgt werden, dass die Rechtsprechung des EuGH zur Kostenerstattung in allen EU-Mitgliedstaaten umgesetzt wird;*
- 4. Die Sachkompetenz und Problemnähe der nationalen Selbstverwaltungsorganisationen im Sinne dezentraler Selbstregulierung sollte in mögliche Verfahren zur Entwicklung von Verhaltenskodizes einbezogen werden;*
- 5. Haftungs- und Schadensersatzregeln auf europäischer Ebene werden als nicht erforderlich betrachtet.*

4503; Rechtssache C-158/96 Kohll [1998] ECR I1931, Rechtssache C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831.

² Vgl. Fischer, in Lenz/Borcherdt (Hrsg), EG-Kommentar, 4. Auflage (2006), Art.49/50, Rdn.7, S.750.

³ Vgl. Paterson/ Fink / Ogus et al.: „Economic Impact of regulation in the field of the liberal professions in different Member States“, Wien 2003.

⁴ Vgl. hierzu auch MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT, DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN: „Freiberufliche Dienstleistungen - Raum für weitere Reformen Follow-up zum Bericht über den Wettbewerb bei freiberuflichen Dienstleistungen“, [KOM(2005) 405 endg.] v. 05.09.2005.

III. Die Antworten im Einzelnen

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

Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wachstumssektor in allen EU-Mitgliedstaaten dar. Dieser Sektor weist alleine in Deutschland 4,2 Millionen Beschäftigte und große Wachstumsperspektiven mit Auswirkungen auf die gesamte Volkswirtschaft auf. Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass die Kommission einen Rechtsrahmen für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen schaffen will, damit Patienten und Heilberufe von Ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch machen können und so zu volkswirtschaftlichem Wachstum beitragen können.

Nach Aussage der Kommission werden jedoch nur ca. 1% der öffentlichen Gesamtausgaben für die gesundheitliche Versorgung aufgewendet. Im Vergleich zum Wachstumspotential dieses Sektors erscheinen diese Aufwendungen verhältnismäßig gering. Die Gründe hierfür sind vielfältig und gehen über die von der Kommission in der Mitteilung genannten Gründe⁵ hinaus. Insbesondere das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsdienstleister und Patienten dürfte hier eine erhebliche Rolle spielen und einer generell verstärkten grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auch zukünftig entgegenstehen. Umfassendere grenzüberschreitende Angebote oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ist derzeit nur dort zu beobachten, wo die reale Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen nicht durch „eigene Ressourcen“ befriedigt werden kann. Sollte es in den kommenden Jahren zu Verbesserungen in den betroffenen EU-Mitgliedstaaten kommen, so kann auch ein Rückgang der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme bzw. des entsprechenden Angebotes nicht ausgeschlossen werden.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die nationalen Rechtssysteme sowie die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Rechtsverfolgungen in den EU-Mitgliedsstaaten zum Teil sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Eine Änderung lediglich der verschiedenen Rechtssysteme im Gesundheitsbereich erscheint jedoch weder praktikabel noch politisch gewollt. Dies gilt erst recht in Bezug auf eine darüber hinaus gehende Vereinheitlichung der gesamten Rechtssysteme. Etwasige Regelungsversuche würden im Übrigen auch gegen das in Art.152 EG niedergelegte Subsidiaritätsprinzip verstoßen.

Wichtigste Voraussetzung für die von der Kommission gewünschte grenzüberschreitende Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen ist ein funktionierendes Prinzip der Kostenerstattung. Das in vielen EU-Mitgliedsstaaten vorherrschende Sachleistungsprinzip ist für eine grenzüberschreitende Versorgung jedoch nicht geeignet. Sollte die grenzüberschreitende Versorgung zunehmen, wird dies für die EU-Mitgliedsstaaten dazu führen, dass sie ihre Systeme auf das Prinzip der Kostenerstattung ausrichten müssen. Je nach Umfang des Volumens grenzüberschreitender Maßnahmen kann dies in der Folge aber auch dazu führen, dass die in vielen EU-Mitgliedsstaaten vorhandenen Bedarfsplanungen, insbesondere im stationären Bereich, umgestaltet werden müssen.

⁵ Vgl. die in Punkt 2.4 aufgezählten Gründe.

In Bezug auf die Verwirklichung der Mobilität der Gesundheitsdienstleister befürwortet der BFB weitere Maßnahmen, weist jedoch auch auf das Risiko eines „Brain Drain“ hin. Gemeint sind damit Bewegungsströme von Gesundheitsdienstleistern aus den neuen in solche EU-Mitgliedstaaten mit höherem Einkommen, die sich negativ auf die Leistungsfähigkeit und Qualität der „exportierenden“ Gesundheitssysteme auswirken können. Ein Rechtsrahmen sollte deshalb von der Erforschung der möglichen Auswirkungen einer erhöhten Patientenmobilität innerhalb der EU auf solche Bewegungen sowie des künftigen Bedarfs an Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Möglichkeit der Deckung dieses Bedarfs flankiert werden.

2. Frage *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?*

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 EU-Mitgliedstaat abgebaut werden. Insofern verweisen wir auf das unter Frage 1 Gesagte.

Weiterhin sollten die Möglichkeiten von Patienten verbessert werden, Angebote sowie die Informationen betreffend ihre Rechte und Pflichten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen einzuholen. 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 EU-Mitgliedstaaten zum verbesserten Informationsaustausch über migrierende Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen fortgesetzt werden. Hier begrüßt der BFB ausdrücklich den Zugang zu dem von der Kommission entwickelten EDV-gestützten Informationssystem *IMI (Internal Market Information Management System)*. Gleichwohl muss hier auf Kohärenz mit den in den Mitgliedstaaten geplanten Maßnahmen zur Implementierung der sog. zuständigen Behörden gem. Art.56 Richtlinie 2005/36/EG, der Kontaktstellen gem. Art.57 Richtlinie 2005/36/EG sowie der einheitlichen Ansprechpartner gem. Art.6 Richtlinie 2006/123/EG geachtet werden. Anderenfalls droht hier ein Konterkarrieren der vorgegebenen Ziele der Verwaltungsvereinfachung.

Bei allen Maßnahmen auf der gesetzlichen wie auch der untergesetzlichen Ebene muss gewährleistet werden, dass die Beteiligten die bestehenden Rechtsvorschriften über den Datenschutz berücksichtigen und sichere Methoden des Austausches der Krankenakten sowie von Informationen über Angehörige der Heilberufe einführen. In Anlehnung an Art.8 Richtlinie 2006/123/EG sollte die Einführung elektronischer Verfahrensweisen durch die EU-Mitgliedstaaten in Zusammenarbeit mit den Berufsorganisationen geprüft werden.

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

Der BfB ist grundsätzlich der Auffassung, dass Fragen der Mobilität von Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen (Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit) vollständig und abschließend durch die Richtlinien 2005/36/EG und 2006/123/EG geregelt werden. Es ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass der in Art.5 Abs.3 Richtlinie 2005/36/EG niedergelegte Grundsatz des Bestimmungslandprinzips für reglementierte Berufe i. S. v. Art.3 Abs.1 lit. a) Richtlinie 2005/36/EG nicht angetastet werden sollte. Dies gilt umso mehr, als wir massive Auswirkungen des Grundsatzes der Dienstleistungsfreiheit aus Art.16 Abs.1 Richtlinie 2006/123/EG auf das Berufsrecht und insbesondere die Frage des anwendbaren Rechts bei grenzüberschreitenden vorübergehenden Dienstleistungen befürchten. Hier sollten zunächst die Folgen abgewartet werden, bevor weitere Verschärfungen vorgenommen werden.

Aus Gründen der Transparenz und Praktikabilität für Verbraucher und Dienstleister sollte zudem nicht zwischen den verschiedenen von der Kommission in Abschnitt 2.2 genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unterschieden werden. Auch in Bezug auf die Aufsicht sollte in der Folge grundsätzlich auf das Recht des Aufnahmestaates zurückgegriffen werden. Dieser Ansatz ist – jedenfalls zum Teil – auch in den Art.30 und 31 der Richtlinie 2006/123/EG niedergelegt.

Darüber hinaus bedingen die verschiedenen Versorgungssysteme in den Mitgliedsstaaten, dass in den einzelnen Ländern unterschiedliche Behörden und Institutionen auf regionaler oder kommunaler Ebene 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.

Für die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsdienstleistungen sind in Deutschland bei reglementierten Gesundheitsberufen die Länderkammern zuständig, denen die berufsrechtliche Überwachung obliegt. Bei anderen Berufen sind dies die jeweils zuständigen Behörden. Dieses dezentrale System hat sich bewährt und sollte den Mitgliedstaaten als Möglichkeit im Rahmen der Lissabon-Strategie auch zukünftig zur Verfügung stehen.

4. Frage *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 EU-Mitgliedsstaaten sind eingebettet in deren - unterschiedliche - Rechtssysteme. Zudem verfügen viele Mitgliedstaaten über freiwillige Schiedsverfahren, mit denen den Ansprüchen von Patienten nachgegangen wird. Ein darüber hinausgehendes europäisches Haftungssystem erscheint vor diesem Hintergrund weder praktikabel noch wünschenswert. Entsprechend den allgemeinen Rechtsgrundsätzen sollten sich die Rechtsmittel des Patienten daher ausschließlich nach dem Recht des Landes richten, in dem die Behandlung stattfindet bzw. die Dienstleistung erbracht wird.

Komplementär hierzu sollte jedoch dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, sich im Vorfeld seiner Behandlung ohne größere behördliche Verfahren und Formalien über die entsprechenden rechtlichen Bestimmungen dieses Landes informieren zu können.

In diesem Zusammenhang sei auf den im Jahre 1994 von der Kommission zurückgezogenen Richtlinienentwurf über die Haftung bei Dienstleistungen [KOM(1990) 482 endg.] vom 20. Dezember 1990 hingewiesen. Kernstück des damaligen Richtlinienentwurfes war eine Beweislastumkehr zu Lasten des Dienstleistenden, der gem. Art.1 Abs.2 dieser Richtlinie sein Nichtverschulden bei Schäden des Patienten hätte beweisen müssen, d. h. es wäre eine Haftung für vermutetes Verschulden eingeführt worden⁶.

Nach massiver Kritik vor allem aus dem Europäischen Parlament hat die Kommission diesen Entwurf am 24. Juni 1994 endgültig zurückgezogen. Wegen der damals gemachten Erfahrungen sollten heute jegliche Bestrebungen in Richtung einer europäischen Dienstleistungshaftung unter Einbeziehung einer Beweislastumkehr unterlassen werden. Gleiches muss für eine europaweite Anwendung von rechtlichen Regelungen der Gefährdungshaftung gelten. Anderenfalls drohten schwerwiegende Folgen für das gesamte Heilberufler-Patient-Verhältnis sowie eine Unkalkulierbarkeit der Risiken für die Versicherungswirtschaft.

Positiv sollte im Sinne der Verbraucher bereits vor der Erbringung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung sichergestellt sein, dass der Dienstleistungserbringer über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügt. Eine entsprechende Regelung war bereits in Art. 27 des Richtlinienentwurf [KOM(2004) 2 endg.]⁷ vorgesehen, ist jedoch auch gegen den erklärten Willen zahlreicher Berufsorganisationen aus dem Gesundheitssektor aus der Richtlinie gestrichen worden.

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

Auch wenn der BfB es bezweifelt, dass es durch Maßnahmen der EU möglich sein wird, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch die EU-Bürger im Sinne einer „ausgewogenen gesundheitlichen Versorgung für alle“ oder einer „allgemeinen Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems des betreffenden EU-Mitgliedstaates“ zu steuern, so begrüßen er und seine Mitgliedsorganisationen ausdrücklich solche Entwicklungen, die die *EuGH-Rechtsprechung*⁸ zur Patientenmobilität in europäisches Sekundärrecht umsetzen bzw. deren Anwendbarkeit in den EU-Mitgliedstaaten fördern. Patienten sollte entsprechend dem EU-Gemeinschaftsrecht grundsätzlich der Anspruch zustehen, gesundheitliche Versorgung auch grenzüberschreitend zu nutzen. Das Prinzip der Kostenerstattung, wie es bereits in Art.27 des Entwurfes der Dienstleistungsrichtlinie⁹ vorgesehen war, erscheint hier das einzig geeignete Mittel, um die genannten Ziele zu erreichen¹⁰. Er erscheint darüber hinaus bedenkenswert, diese Berufshaftpflichtversicherung nicht nur fakultativ sondern obligatorisch vorzusehen.

6. Frage *Sind noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, was die Freizügigkeit von Beschäftigten des Gesundheitswesens angeht, die noch nicht vom Gemeinschaftsrecht erfasst sind?*

⁶ Vgl. *Hübner*, in: *Littbarski* (Hrsg.), Band 2 Schriftenreihe der Europäischen Rechtsakademie Trier: Entwurf einer Richtlinie über die Haftung bei Dienstleistungen, 1. Auflage (1992), S.26 f.

⁷ Vgl. auch Erwägungsgrund 63 [KOM(2004) 2 endg.].

⁸ Vgl. hierzu insbesondere die EuGH-Urteile in den Rechtssachen

⁹ Vgl. [KOM(2004) 2 endg.] v. 25.02.2004.

¹⁰ Vgl. hierzu auch Erwägungsgründe 53, 54 und 57 [KOM(2004) 2 endg.].

Auf der untergesetzlichen Ebene würde der BFB - in Rücksprache mit den Berufsorganisationen der Gesundheitsberufe - die Erarbeitung europäischer Verhaltenskodizes durch die Berufsorganisationen analog Art.37 der Richtlinie 2006/123/EG befürworten. Hierbei sollte die Sachkompetenz und Problemnähe der nationalen Selbstverwaltungsorganisationen im Sinne dezentraler Selbstregulierung einbezogen werden. Diese Kodizes könnten unter anderem Maßnahmen zur Qualitätssicherung berücksichtigen, darunter die (Selbst-)Verpflichtung zur Fortbildung und zu lebenslangem Lernen.

Weiterhin sollte in Betracht gezogen werden, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie sie u. a. Art.26 Richtlinie 2006/121/EG vorsieht, nicht auf EU-Ebene zu regeln. Auch spricht sich der BFB gegen verpflichtende Qualitätscharten und die Einrichtung unabhängiger oder akkreditierter Gremien zur Überwachung der Qualitätssicherung aus. Dies sollte auch zukünftig Aufgabe der fachkompetenten, bürgernahen Selbstverwaltung sein, bzw. den Mitgliedstaaten überlassen werden, wie sie die Qualitätssicherung organisieren. Jedenfalls sollten die Berufsorganisationen in entsprechende Entwicklungen auf nationaler wie europäischer Ebene eingebunden werden. Die Überwachung der Qualitätssicherung sollte weiterhin bei den nationalen Versorgungssystemen angesiedelt bleiben. Sie wird in Deutschland und in vielen anderen EU-Mitgliedstaaten – zum Teil auf gesetzlicher Grundlage und darüber hinaus dem professionellen Selbstverständnis der Heilberufe und ihrer sozialemischen Verpflichtung entsprechend - von der Selbstverwaltung definiert und ständig weiterentwickelt.

Vor diesem Hintergrund verweisen wir darauf, dass auf europäischer Ebene die Tendenz erkennbar ist, die Selbstverwaltung als Lösungskonzept für bestehende Probleme des Binnenmarktes wie Überregulierung, fehlende Transparenz und fehlende Marktnähe einzusetzen. 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 Überregulierung 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. Diese Entwicklungen sollten auch im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen Beachtung finden.

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

Die EU hat keine originären Kompetenzen zur Gestaltung der Gesundheits- und Sozialsicherungssysteme in den EU-Mitgliedstaaten. Allerdings sollten die Systeme in den EU-Mitgliedstaaten so weiterentwickelt werden, dass sie den Anforderungen der grenzüberschreitenden Leistungsanspruchnahme gerecht werden. Dazu gehört die Schaffung ordnungspolitischer Rahmenbedingungen, die das Heilberufler-Patient-Verhältnis in den Mittelpunkt stellen und die Wahl- und Therapiefreiheit von Patienten und Heilberufsangehörigen respektieren. Ein über die bereits genannten Bereiche bestehender Handlungsbedarf wird von Seiten des BFB derzeit nicht gesehen.

8. Frage *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?*

Aus der Sicht des BFB sind die derzeit bestehenden Arbeitsgruppen wie die Hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste ausreichend. Der dortige Dialog hat bereits viel zum Erfahrungsaustausch über Probleme bei der grenzüberschreitenden Erbringung bzw. Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen beigetragen. Dieser Dialog sollte daher fortgesetzt werden.

9. Frage *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?*

Hinsichtlich der Patientenmobilität erscheint eine Kodifizierung der Rechtsprechung des EuGH in allen EU-Mitgliedstaaten 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.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch ausdrücklich auf die gesonderten Stellungnahmen unserer Mitgliedsorganisationen hinweisen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit in Brüssel (Tel.: +32-2-500.10.50, E-Mail: Florian.Lemor@Freie-Berufe.de) oder in Berlin (Tel.: +49-30-28.44.44-0, E-Mail: Info-bfb@Freie-Berufe.de) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

RA Arno Metzler
Hauptgeschäftsführer

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.