



B D P K

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Berlin, 31.01.2007

**Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zu der**

**Mitteilung
der Europäischen Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen
im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“**

**Sec (2006) 1195/4
Vom 26. September 2006**



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 50 Jahren als Arbeitgeber- und Dachverband auf Bundesebene die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft.

Der BDPK misst einer europäischen Dimension der Gesundheitspolitik und der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen große Bedeutung bei. In einer zunehmend von Mobilität gekennzeichneten europäischen Gesellschaft und bei einer steigenden Zahl von Gesundheitsdienstleistungen mit grenzüberschreitendem Bezug, wächst der Bedarf an Rechtssicherheit und Informationen über die unterschiedlichen Gesundheitssysteme, Leistungsangebote, Leistungserbringer, Qualität der Leistungen und die Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Der BDPK begrüßt daher ausdrücklich, dass die Freizügigkeit auch der Patientinnen und Patienten allgemein als Bestandteil der jedem Bürger zustehenden Freiheitsrechte des Binnenmarkts anerkannt wird und bestätigt seine Übereinstimmung mit folgenden Grundaussagen der Europäischen Kommission und des Europäischen Rates zum Bericht des „Reflexionsprozesses auf hoher Ebene“:

- Die Mitgliedstaaten stehen ungeachtet unterschiedlicher Gesundheitssysteme bei der Umsetzung der gemeinsamen Grundsätze – Universalität, Solidarität und Gleichheit – vor vergleichbaren Herausforderungen, zu deren Lösung eine verstärkte, zielgerichtete europäische Zusammenarbeit beitragen kann.
- Die vorrangige Verantwortung der Mitgliedstaaten für ihr Gesundheitssystem bleibt unangetastet weiter bestehen (Subsidiaritätsprinzip).
- Durch eine stärkere Zusammenarbeit auf europäischer Ebene können für Patienten, Leistungserbringer, Beitragszahler und Finanzierungsträger konkrete Verbesserungen erreicht werden. Sie ist daher sinnvoll und notwendig.
- Die mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) geschaffenen erweiterten Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung müssen konkretisiert und durch zielgerichtete politische Maßnahmen gefördert und umgesetzt werden.
- Die dazu erforderlichen Schritte bedingen nicht durchweg gesamteuropäische Lösungen und Instrumente. Oft reichen auch bi- und multilaterale Vereinbarungen auf nicht-staatlicher Ebene zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern aus.

Der BDPK stimmt mit der Europäischen Kommission in der Feststellung überein, dass ungeachtet des Rechts auf Freizügigkeit zur Zeit die medizinische Versorgung im Inland die Regel ist. Dieses kann sich aber u.a. aufgrund beschränkter Ressourcen und Kapazitäten in einigen Ländern oder auch angesichts des bestehenden erheblichen Leistungs- und Kostengefälles zwischen den alten und den meisten neuen Mitgliedstaaten recht schnell ändern. Auf diese Entwicklung muss rechtzeitig reagiert werden.



B D P K

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Die Europäische Kommission stellt fest, dass es einer sorgfältigen Analyse der wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowohl auf die Bürger als auch auf die Gesundheits- und Sozialsysteme im allgemeinen bedarf. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass derzeit noch keine umfassenden und validen Daten über Umfang, Art und Gründe einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie der Auswirkungen und Folgen vorliegen. Deshalb befürwortet der BDPK alle Initiativen und Vorhaben, mit denen die Beweggründe, das Ausmaß und die Folgewirkungen untersucht werden. Das gleiche gilt für die Verbesserung der Transparenz und der Information.

Die Europäische Kommission weist zu Recht darauf hin, dass Bestehendes nicht notwendig 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 das gemeinschaftsrechtlich garantierte Freizügigkeitsrecht von Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und Dienstleistungen zu gewährleisten.

Der BDPK begrüßt deshalb, dass die Europäische Kommission im Rahmen des Konsultationsverfahrens den Organisationen und den Verantwortlichen im Gesundheitswesen in einem frühen Stadium der Überlegungen Gelegenheit gibt, ihre Erkenntnisse, Erfahrungen und Positionen in den Konsultationsprozess einzubringen.

Vor diesem Hintergrund beantwortet der BDPK die von der Europäischen Kommission vorgelegten Fragen wie folgt:



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

1. Auswirkungen grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung

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?

1.1 Patientenmobilität

In ihrer Mitteilung geht die Europäische Kommission davon aus, dass der Umfang der Patientenmobilität heute relativ gering ist – etwa 1% der öffentlichen Gesamtausgaben für gesundheitliche Versorgung werden hierfür aufgewendet – sich aber zugleich mehr Patientinnen und Patienten für eine grenzüberschreitende Versorgung interessieren. Dies scheitert jedoch an mangelnden Informationen über die Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung in anderen Mitgliedstaaten und am Fehlen eines transparenten Rahmens.

Hierzu ist festzustellen, dass derzeit umfassende und valide Daten außer bei einzelnen Krankenkassen im Grenzgebiet zu Frankreich und den Benelux - Ländern zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht vorliegen. Auch die Europäische Kommission betont, dass die Einschätzung des Umfangs der Patientenmobilität nur eine grobe Schätzung darstellt, denn die meisten Gesundheitssysteme in Europa verfügen nicht über die notwendigen Daten für ein genaues Bild. Dies hat auch Auswirkungen auf Einschätzungen der künftigen Potentiale und des Handlungsbedarfs. Deshalb geht es aus Sicht des BDPK zunächst vordringlich um Informationen für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger.

Insgesamt sind deshalb aufgrund des derzeit geringen Umfangs grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung Auswirkungen auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme kaum feststellbar. Würde sich die Tendenz, grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, verstärken, könnten sich allerdings Effekte auf allen Ebenen ergeben:

So könnte es durch unkontrollierte verstärkte Inanspruchnahme bestimmter Dienstleister / Einrichtungen durchaus zu Engpässen kommen, während andere Anbieter nicht mehr ausgelastet werden. Dieser Effekt könnte insbesondere in Bezug auf hoch spezialisierte Einrichtungen eintreten und auch Auswirkungen auf die finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme haben. Andererseits kann die grenzüberschreitende Versorgung auch wettbewerbsfördernd wirken. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich beim Gesundheitsbereich nicht um einen „Markt“ im klassischen Sinne handelt. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen hat zudem einen sehr hohen Stellenwert und kann keineswegs mit allgemeinen Dienstleistungen verglichen werden.

Hinsichtlich der bisherigen Ausgestaltung der Patientenmobilität sind drei Bereiche zu unterscheiden:



B D P K

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

a. Verordnung 1408/71 und ihr Nachfolger 883/04

Die Verordnung 1408/71 und ihr Nachfolger 883/04 regelt den Zugang zur Gesundheitsversorgung bei Aufenthalt des Versicherten im EU Ausland. Dabei besteht in Art, Qualität und Umfang Anspruch auf die gleichen Leistungen (ggf. eingeschränkt bei vorübergehendem Aufenthalt auf das medizinisch Notwendige) wie für Versicherte des jeweiligen Aufnahmestaates. Eine Gefährdung des finanziellen Gleichgewichtes des Aufnahmestaates wird durch die Erstattung der jeweiligen Kosten zu Preisen des Aufnahmestaates vermieden. Auch eine Gefährdung der finanziellen Stabilität der Herkunftsstaaten konnte aufgrund des derzeitigen Umfangs der Inanspruchnahme noch nicht beobachtet werden. Vor dem Hintergrund des unterschiedlichen Preisniveaus vor allem zwischen alten und neuen Mitgliedstaaten nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Überforderung einzelner Länder jedoch zu.

Auswirkungen auf Zugänglichkeit und Qualität kann die Patientenmobilität vor allem in Touristengebieten haben, wo es saisonal zu einer deutlich erhöhten Nachfrage nach medizinischen Leistungen kommen kann.

b. Grenznahe Versorgung

Bei der grenznahen Versorgung, die überwiegend in Euregios stattfindet, konnte durch die Zusammenarbeit der betroffenen Region eine Verbesserung der Zugänglichkeit erreicht werden. Diese Kooperationen haben i.d.R. keine negativen Auswirkungen auf die finanzielle Stabilität, da die Zusammenarbeit auf individuellen Vereinbarungen zwischen den Beteiligten basiert und ggf. höhere Kosten bei der Versorgung im Nachbarland durch Einsparungen bei Vorhaltekosten aufgewogen werden. Auswirkungen auf Zugang und Qualität sind entsprechend neutral bis positiv.

c. Urteile des EuGH zur Patientenmobilität

Aufgrund der Urteile des EuGH zur Patientenmobilität haben die Bürgerinnen und Bürger neue Möglichkeiten zur Behandlung im Ausland. Während im Bereich der stationären Krankenhausbehandlung im Wesentlichen nur die Frage der Kostenregulierung neu gestaltet wurde, haben Patientinnen und Patienten im stationären Rehabilitationsbereich und im gesamten ambulanten Bereich nunmehr das Recht, im Ausland jegliche medizinische Leistung ohne vorherige Genehmigung zu erwerben.

Von diesen Rechten wird bislang noch kaum Gebrauch gemacht. Es ist aber damit zu rechnen, dass der Anteil der Inanspruchnahme außerhalb der VO 1408/71 ansteigt. Gründe hierfür sind u.a. die Umgehung von Wartelisten und ein erwarteter höherer Qualitätsstandard der Leistungen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das praktizierte Verfahren der Kostenerstattung sozial schwache Bürger aus Gesundheitssystemen mit Sachleistungen von der Behandlung im Ausland ausschließen könnte, da diese i.d.R. nicht in der Lage sind, die entstandenen Kosten vor zu finanzieren und ihre Gesundheitssysteme hierfür keine Maßnahmen zur Abfederung vorsehen. Dies gilt vor allem auch für die Neuen Mitgliedstaaten, für deren Bürgerinnen und Bürger zum einen aufgrund des Einkommensgefälles eine Vorfinanzierung eine besondere Hürde bedeuten kann und die



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

zum anderen einen Großteil der Kosten selbst tragen müssen, da eine Erstattung nur auf Basis einer vergleichbaren Behandlung im Herkunftsland erstattet wird.

Ziel einer Weiterentwicklung der Patientenmobilität muss vordringlich sein, die Zugänglichkeit, Transparenz und Qualität sowie die Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern und die Effizienz der Gesundheitsdienstleistungen zu steigern. Gemeinschaftsmaßnahmen sind aber nur dann sinnvoll und werden von den Beteiligten akzeptiert, wenn sie zu einem Mehrwert gegenüber einzelstaatlichen Maßnahmen führen und folgende wesentliche Grundsätze beachtet werden:

- Die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Sozial- und Gesundheitssysteme in den einzelnen Mitgliedstaaten müssen berücksichtigt werden. Dies gilt beispielsweise für das in Deutschland hochentwickelte und effiziente System der medizinischen Rehabilitation.
- Gemeinschaftsmaßnahmen dürfen nicht dazu führen, dass Leistungsangebote und die Qualität der Leistungserbringung in einzelnen Mitgliedstaaten gemindert werden.
- Grundsätzlich müssen Gemeinschaftsmaßnahmen zunächst auf der Grundlage bereits bestehender Rechtsrahmen und Instrumente erfolgen.

Nach Ansicht des BDPK sind hinsichtlich der Patientenmobilität folgende Gemeinschaftsmaßnahmen notwendig und einer Weiterentwicklung förderlich:

- Vorrangig ist eine valide Datenbasis zu schaffen, aufgrund derer Umfang, Art und Gründe einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie die Auswirkungen und Folgen für die Sozial- und Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten analysiert werden kann.
- Förderung der Qualität der Leistungserbringung in den Mitgliedstaaten bis zur Angleichung auf jeweils höchsten bereits vorhandenen Standard.
- Förderung des Erfahrungsaustausches und Schaffung einer Informationsplattform für Patientinnen und Patienten, Dienstleistungsanbieter und Kostenträger.
- Verbesserung der Regelungen der Kostenerstattung, insbesondere für die Bürgerinnen und Bürger der neuen Mitgliedstaaten.
- Finanzielle Förderung der grenznahen Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen.
- Förderung ergänzender Angebote von Sprachkursen für im Gesundheitswesen tätige Personen und von Mitarbeiteraustauschprogrammen.

1.2 Vorübergehende und dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen (Anbietermobilität)

Die vorübergehende und die dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat finden derzeit nur begrenzt statt. Wenn sie stattfinden, erfolgt dies nach den Regeln des Staates, in dem die Dienstleistung erbracht wird. Diese Regelung



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

stellt sicher, dass keine negativen Auswirkungen auf die Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Erbringungsländer zu erwarten sind. Besonders in diesem Bereich erweist sich das sog. „Herkunftslandprinzip“ als untauglich.

Die Richtlinie über die gegenseitige „Anerkennung von Berufsqualifikationen“ 2005/36 EG erleichtert – wie auch schon ihre Vorläufer – für die Leistungserbringer die formale Anerkennung ihrer Ausbildung im jeweiligen Mitgliedstaat und stellt, da auch bei der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung zuvorderst das Berufsrecht des Aufnahmestaates gilt, zugleich sicher, dass das Qualitätsniveau im Erbringungsland nicht unterschritten wird. Da die Richtlinie noch nicht in allen Mitgliedstaaten in nationales Recht umgesetzt worden ist, ist weiterer Handlungsbedarf noch nicht feststellbar.

1.3 Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen

Im Gegensatz zur Patienten- und Anbietermobilität ist bei der Mobilität von Waren- und Dienstleistungen ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Hierbei handelt sich insbesondere um telemedizinische Leistungen, Laborleistung sowie die Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln und Medikamenten. Dabei sichert nationales Recht die Qualität und finanzielle Stabilität der Versorgung. Die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen kann positive Auswirkungen auf den Zugang haben.

Hinsichtlich einer Weiterentwicklung und Verbesserung der Anbietermobilität und der Erbringung von Dienstleistungen sind nach Ansicht des BDPK folgende Gemeinschaftsmaßnahmen sinnvoll:

- Schaffung einheitlicher Grundlagen und Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den europäischen Leistungserbringern u.a. im Hinblick auf die Qualität der Leistungserbringung.
- Verbesserung der Datensicherheit bei der Erbringung von Dienstleistungen.
- Zur Verbesserung der Situation der Patientinnen und Patienten bei Schadenfällen könnte unter Wahrung nationaler Rechtstraditionen geregelt werden, dass der grenzüberschreitend tätige Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen den Nachweis einer Haftpflichtversicherung vorlegen muss.
- Die Vernetzung der zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten zum verbesserten Informationsaustausch über migrierende Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen sollte fortgesetzt werden.

2. Rechtliche Klarstellungen und praktische Informationen

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?



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Voranstellend ist nach Auffassung des BDPK generell festzustellen, dass das „Herkunftslandprinzip“, nach dem der Dienstleistungserbringer einzig den Rechtsvorschriften des Landes unterliegt, in dem er niedergelassen ist, und wonach die Mitgliedstaaten die Erbringung von Dienstleistungen durch in einem anderen Mitgliedstaat niedergelassene Leistungserbringer nicht beschränken dürfen, für den Gesundheitsbereich nicht geeignet ist.

2.1 Rechtliche Klarstellungen

2.1.1 Patientenmobilität

a. Verordnung 1408/71 und ihr Nachfolger 883/04

Im Rahmen der VO 1408/71 wird von den Patientinnen und Patienten überwiegend die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) und das Formular E 112 für geplante med. Behandlung im Ausland genutzt. Die Behandlung darf nur durch Leistungserbringer erfolgen, die im Aufenthaltsland für das dortige Sozialversicherungssystem zugelassen sind. Hier besteht in der Regel ein Informationsdefizit, da die Patient(innen) nicht wissen, welche Leistungserbringer zugelassen sind.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass neben den Patientinnen und Patienten auch die Leistungserbringer über Informationen verfügen. Nur so kann die VO 1408/71 bzw. 883/04 rechtskonform zu Anwendung gelangen und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten genutzt werden.

- ➔ Notwendig ist die Weiterentwicklung und Umsetzung der Verordnung 1408/71 bzw. 883/04.
- ➔ Grundlage für Maßnahmen zur Beseitigung des Informationsdefizits könnte die Durchführungs-VO 574/72 sein.

Die notwendigen konkreten Schritte müssen in den Mitgliedstaaten ergriffen werden. Die EU Kommission hat die Möglichkeit, die Durchsetzung zu prüfen und ggf. auch Vertragsverletzungsverfahren einzuleiten.

Soweit es z.B. in Touristengebieten saisonal zu einer deutlich erhöhten Nachfrage nach medizinischen Leistungen kommt, sind die damit verbundenen Probleme nicht europäisch lösbar, sondern müssen vor dem Hintergrund örtlicher Gegebenheiten in den betroffenen Regionen gelöst werden. Die Versicherten müssen darüber informiert werden, dass im Aufnahmeland nur die dortigen – oftmals geringeren – Leistungen zu Lasten der Sozialversicherung erbracht werden.

b. Grenznahe Versorgung

Grenznahe Versorgung findet überwiegend in den Euregios statt. Sie werden von den zuständigen Akteuren initiiert, die deshalb in der Regel Sorge dafür tragen, dass die zusätzlichen Versorgungsangebote den dort ansässigen Verbrauchern und Dienstleistern bekannt sind. Deshalb besteht keine Notwendigkeit zu konkreten Einzelmaßnahmen auf europäischer Ebene.



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

c. Urteile des EuGH

Der EuGH hat in seiner Rechtsprechung die mit der Versorgung im Ausland zusammenhängenden Fragen geklärt. Dies betrifft den Leistungsanspruch, wann eine Behandlung der vorherigen Genehmigung bedarf und die Höhe der Kostenerstattung. Der EuGH hat weiterhin ausgeführt, dass nationale Zugangsvoraussetzungen wie z.B. die verpflichtende Konsultation eines Hausarztes vor einem Facharztbesuch aufrecht erhalten werden dürfen. Dabei hat der EuGH immer auf die Wahrung der Kompetenz der Mitgliedstaaten gemäß Artikel 152 EGV und die Erhaltung der finanziellen Stabilität geachtet.

Anders als in Deutschland, wo die Voraussetzungen der Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland in § 13 SGB V geregelt sind, wurden die sich aus dem EG-Vertrag und der Rechtsprechung ergebenden Ansprüche in einigen Mitgliedstaaten noch nicht in nationales Recht umgesetzt. Offen ist auch, was ein „angemessener“ Zeitraum ist, in dem einer Patientin, einem Patienten im Inland eine Leistung zur Verfügung gestellt werden muss. Zudem besteht auch hier bei den Bürgerinnen und Bürgern der Europäischen Union häufig ein Informationsdefizit.

→ Die Rechtsprechung des EuGH muss in allen Mitgliedstaaten umgesetzt werden. Von einer konkreten Regelung des oben genannten „angemessenen“ Zeitraums sollte jedoch abgesehen werden, da dieser jeweils im Einzelfall unter medizinischen Gesichtspunkten bestimmt werden muss. Von Nutzen wäre eine Regelung der Kostenerstattung, die nicht zu einer Benachteiligung der Bürgerinnen und Bürger der neuen Mitgliedstaaten führt.

d. Besondere Problematik

Klärungsbedarf besteht hinsichtlich der Ansprüche der Patientinnen und Patienten gegenüber einem Leistungserbringer, wenn dieser sich für eine Teilleistung an einen, im EU-Ausland niedergelassenen Dritten wendet.

→ Es ist zu überprüfen, ob in allen Mitgliedstaaten Ansprüche gegenüber dem Leistungserbringer bestehen, der seinerseits den Teilleistungserbringer in Regress nehmen kann. Eine Abweichung von diesem Grundsatz könnte die Notwendigkeit einer Anzeigepflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten begründen. Eine Erläuterung der EU Kommission könnte hier Klarheit schaffen.

2.1.2 Vorübergehende und dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen (Anbietermobilität)

Im Bereich der Anbietermobilität besteht zurzeit kein weiterer rechtlicher Klärungsbedarf. Diese ist durch die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG hinreichend geregelt. Hier bedarf es zunächst keines zusätzlichen Rechtsrahmens.

→ Die Vernetzung der zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten zum Verbesserten Informationsaustausch über migrierende Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen sollte aber fortgesetzt werden. Der Zugang zu dem von der Kommission entwickelten EDV-gestützten Informationssystem IMI (Internal Market Information Management



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

System) ist in diesem Zusammenhang hilfreich. Hier sind die bestehenden Rechtsvorschriften über den Datenschutz zu berücksichtigen und die Datensicherheit auf allen Ebenen sicherzustellen.

2.1.3 Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen

Grundsätzlich gelten wie in allen Fällen der grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung die Regelungen des Internationalen Privatrechtes (IPR; Rom I+II).

Für die Leistungserbringer muss sichergestellt sein, dass sie in vollem Umfang Zugang zu Informationen über den Gesundheitszustand von Patienten aus dem EU-Ausland haben. Allerdings besteht in diesem Zusammenhang rechtlicher Klärungsbedarf darüber, in wie weit patientenbezogene Daten über das Internet verschickt werden können und welche Voraussetzungen bezüglich des Datenschutzes sowie der Kompatibilität der Daten gegeben sein müssen. Offen ist auch, ob der Patient explizit zustimmen muss, wenn z.B. zur Begutachtung und Auswertung von Röntgenbildern ein Arzt hinzugezogen wird, der einer anderen Rechtsordnung unterliegt. Ungeklärt sind auch die Haftungs- und Regressansprüche eines Patienten in einer solchen Situation.

2.2 Praktische Informationen

Die Europäische Kommission stellt zu Recht fest, dass es nicht ausreicht, einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung in anderen Mitgliedstaaten zu haben, solange Patientinnen und Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht die entsprechenden Informationen zur Verfügung stehen, damit sie sich in Kenntnis der Sachlage für bestimmte Behandlungen und Dienstleistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten entscheiden können. Nach Auffassung der BDPK besteht ein großer Bedarf an Informationen auch für die Leistungserbringer.

Für alle an der grenzüberschreitenden Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sind folgende Informationen von zentraler Bedeutung:

→ Informationen über

- die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten, insbesondere Finanzierungsregelungen, Leistungsumfang, Vergütungen,
- die zugelassenen Leistungserbringer in den Mitgliedstaaten,
- die Verfahren und Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme der jeweiligen Gesundheitsdienstleistungen einschließlich der Kostenerstattung,
- die Qualität der angebotenen Dienstleistungen,
- den Rechtsschutz bei einer Verweigerung der Inanspruchnahme,
- die Regelungen im Falle eines Schadens und Art und Weise der Schadenregulierung.



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Zusätzlich wären für die Leistungserbringer folgende Informationen von großem Nutzen:

→ Informationen über

- die Voraussetzung einer Niederlassung in dem jeweiligen Mitgliedstaat,
- den Gesundheitszustand von Patienten aus den anderen Mitgliedstaaten,
- über die konkurrierenden Mitbewerber.

In Anlehnung an das von der Europäischen Kommission Anfang Mai 2006 gestartete europäische Gesundheitsportal sollten bestehende Informationsangebote weiter entwickelt werden.

3. Zuständigkeiten

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 Gesundheitsversorgung?

Die Zuständigkeiten bei den in Abschnitt 2.2 der Mitteilung der Europäischen Kommission genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung unterscheiden sich nicht.

Grundsätzlich muss die medizinische Fachaufsicht durch die zuständigen Behörden und Einrichtungen des Landes erfolgen, in dem die Leistung erbracht wird. Die Aufsicht, Kontrolle und Verfolgung möglichen fehlerhaften Verhaltens durch Behörden oder Einrichtungen eines anderen Mitgliedstaates ist nicht durchführbar. Die zuständigen Einrichtungen eines jeden Mitgliedstaates sind ebenfalls dafür verantwortlich, dass Patienten aus dem EU Ausland diskriminierungsfrei behandelt werden.

Das anzuwendende Klage- und Schadensersatzsystem wird durch das Internationale Privatrecht bestimmt. Das IPR regelt dies entsprechend, sofern die Vertragsparteien im Vorfeld nicht abweichendes vereinbart haben.

Der vom EuGH bestätigte Grundsatz, dass nationale Zugangsvoraussetzungen auch bei der Behandlung im Ausland erhalten bleiben, muss Anwendung finden. Dieses gilt insbesondere dann, wenn es im nationalen sozialen Sicherungssystem rechtliche und praktische Möglichkeiten zur Steuerung der medizinischen Versorgung der Versicherten gibt, um im Interesse der Patientinnen und Patienten eine hohen Versorgungsqualität sicherzustellen. Dies gilt in Deutschland im besonderen Maße für die medizinische Rehabilitation. Die Erbringung dieser Leistungen ist mit besonderen Zielsetzungen, u.a. Vermeidung der Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit, verbunden und für die Kostenentwicklung im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen von großer Bedeutung.



B D P K

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Daher muss der jeweils zuständige Leistungsträger, der das finanzielle Risiko des Scheiterns einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme trägt, nicht nur die Möglichkeit erhalten, Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme zu nehmen, er muss diesen Einfluss auch ausüben.

4. Sicherheit der Versorgung

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?

Maßgebend kann nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen nur das Recht des Landes sein, in dem die Behandlung stattfindet. Die Wahl des Behandlungslandes durch die Patientinnen und Patienten hat zugleich zur Folge, dass die in diesem Lande geltenden rechtlichen Bestimmungen zur Anwendung kommen.

→ Hier sollte für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit bestehen, sich im Vorfeld über die rechtlichen Bestimmungen dieses Landes zu informieren, beispielsweise durch Beratung durch die zuständigen Institutionen im Herkunftsland.

Die Rechtsmittel für den Patienten ergeben sich aus dem jeweiligen nationalen Verwaltungs- und Sozialrecht sowie dem Internationalen Privatrecht. (Vgl. hierzu auch Antwort zu Frage 3)

→ Von Nutzen wäre, wenn vor der Erbringung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung sichergestellt ist, dass der Dienstleistungserbringer über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügt (s.o.).

→ Ein Mehrwert durch Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen könnte sich bei Lösung von Konfliktfällen durch ein informelles und unbürokratisches Verfahren in Anlehnung an das von den Mitgliedstaaten betriebene und von der Europäischen Kommission unterstützte Netzwerk „SOLVIT“ ergeben.

5. Bereitstellung ausgewogener Versorgung für alle

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 „Aufnahmeländern“?)

Die Verantwortung für die Planung der Krankenversorgung liegt in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Die o.g. saisonal bedingte besondere Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Urlaubsregionen stellt für die jeweiligen Aufnahmeregionen eine Herausforderung dar. Sie beschränkt sich allerdings in der Regel auf die notwendige Erstversorgung der Patientinnen und Patienten und, in Abhängigkeit vom Urlaubsort, auf



B D P K

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

bestimmte ausgewählte Fachgebiete wie z.B. Chirurgie in Skigebieten oder Innere und Chirurgie in Regionen des Mittelmeeres.

Die Kosten für die Behandlung sind über die VO 1408/71 bzw. 883/04 gedeckt. Die Verteilung der Zahlungen aus dem Ausgleichssystem der VO 1408/71 an die Region muss der jeweilige Aufnahmestaat selbst sicherstellen. Die Notwendigkeit einer Gemeinschaftsmaßnahme ist nicht gegeben.

Ähnlich verhält es sich mit Rentnerinnen und Rentnern, die sich periodisch im Ausland aufhalten. Auch hier obliegt es den Aufnahmestaaten, sicherzustellen, dass diese sich gemäß der VO 1408/71 EWG in dem jeweiligen System einschreiben und die damit verbundenen Mittelzuflüsse an die entsprechenden Regionen verteilt werden.

Da die grenznahe Versorgung vorwiegend auf Kooperationsverträgen beruht, deren Ziel gerade die optimale gemeinsame Nutzung vorgehaltener Ressourcen ist, stellt sich das Problem des unzureichenden Zuganges der inländischen Bevölkerung in der Regel nicht.

Andere Versorgungsmodelle erfolgen entsprechend der EuGH Rechtsprechung nach dem Prinzip der Kostenerstattung. Grundsätzlich gilt, dass eine Diskriminierung – weder der Inländer, noch der Ausländer – nicht zulässig ist. Die Abwendung einer Diskriminierung der eigenen Bürger obliegt dem jeweiligen Mitgliedstaat. Gemeinschaftsmaßnahmen sind hier nicht notwendig, ein Finanzausgleich zwischen den Mitgliedstaaten wäre gemeinschaftsrechtlich hochproblematisch.

6. Gesundheitsdienstleistungen: weitere Themen

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 Freizügigkeit der Dienstleistungserbringer ist durch die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG hinreichend geregelt. Weiterer Regelungen bedarf es derzeit nicht.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die europäische Diskussion über Selbst- und Koregulierung auf EU-Ebene, die sich u.a. im Aktionsplan „Vereinfachung und Verbesserung des Regelungsumfeldes“ (KOMM Juni 2002) und im Entwurf einer Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt findet. 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 Ministerrat und die Europäische Kommission unterschriebene interinstitutionelle Vereinbarung schreibt dies verbindlich fest.



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

7. Rechtssicherheit: weitere Fragen

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 Mitgliedstaaten beteiligt sind – beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?

Grundsätzlich hat die Europäische Union keine originären Kompetenzen zur Gestaltung der Gesundheits- und Sozialsicherungssysteme der Mitgliedstaaten. Die Mitgliedstaaten sind dafür verantwortlich, dass die Systeme so weiterentwickelt werden, dass sie den Anforderungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gerecht werden. Die Mitgliedstaaten haben auch das Recht, gemäß ihrer nationalen Werte und Normen Leistungen aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherung auszuschließen oder die Erbringung auf ihrem Hoheitsgebiet ganz zu untersagen.

Hinsichtlich der Verantwortung für die Weiterentwicklung der Systeme bietet sich nach Ansicht des BDPK die Möglichkeit, parallel zu Gemeinschaftsmaßnahmen die unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten im Wege der offenen Methode der Koordinierung zu modernisieren und damit die grenzüberschreitende Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Aus Sicht des BDPK bieten sich hier u.a. zwei Bereiche besonders an. Die medizinische Rehabilitation und die Qualität.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, trotz einer drohenden oder bestehenden Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder einer drohenden oder schon bestehenden Pflegebedürftigkeit oder Behinderung eine möglichst weitgehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben und damit eine Unabhängigkeit von Sozialleistungen zu gewähren. Dies entspricht den Vorgaben internationaler Organisationen. Darüber hinaus können durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert, die Behandlungsergebnisse der akutmedizinischen Versorgung verbessert und langfristig gesichert und auch die Kosten für das Sozialwesen der Mitgliedstaaten gesenkt werden. Damit ist die medizinische Rehabilitation ein Schlüssel für die Nachhaltigkeit der Sozial- und Gesundheitssysteme.

In Deutschland sind die zugelassenen Leistungserbringer gesetzlich zur externen Qualitätssicherung und zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Entsprechende Verfahren wurden entwickelt und werden von den Leistungserbringern erfolgreich angewendet. Auch dieses könnte eine Grundlage für die Modernisierung der Sozial- und Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten sein und die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger der Mitgliedstaaten mit Gesundheitsdienstleistungen entscheidend verbessern.

Darüber hinaus sind nationale Regelungen zu Möglichkeiten und Bedingungen von grenzüberschreitenden Vertragsabschlüssen zwischen Kostenträgern und



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Leistungserbringern, wie sie z. B. das deutsche Recht bereits kennt, ebenso hilfreich wie ein verbesserter Datenaustausch zwischen den Kostenträgern unter Beteiligung der Leistungserbringer. Hier geht es neben technischen Fragen vor allem auch um klare und verbindliche Regelungen zum Datenschutz.

8. Europäische Maßnahmen

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?

8.1 Europäische Netze von Referenzzentren (ENCR)

Gerade auch in einer erweiterten Europäischen Union mit zunehmenden Unterschieden unter den Mitgliedstaaten in Größe, wirtschaftlichen Ressourcen und daraus resultierenden Finanzierungsmöglichkeiten ist die Gewährleistung einer hochspezialisierten medizinischen Versorgung in der Europäischen Union ein wichtiges Anliegen. Unter definierten Voraussetzungen könnte eine europäische Initiative dazu beitragen, dieses Anliegen umzusetzen. Die Freizügigkeit gemäß Art. 42 EGV und die passive Dienstleistungsfreiheit gemäß Art. 49-55 EGV bieten rechtliche Grundlagen für die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen.

Es ist jedoch festzustellen, dass eine Reihe von offenen Fragen besteht, die geklärt werden müssen, bevor weitere Schritte zur Ausgestaltung eines Netzwerks von Referenzzentren unternommen werden:

- Definition der Aufgabenbereiche, Ziele und Zielgruppen
- Qualitätskriterien für die Zentren und wer diese festlegt
- Verfahren und Zuständigkeit bei der Auswahl der Zentren
- Verhältnis bestehender Initiativen und Projekte regionaler und grenzüberschreitender Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu den Referenzzentren
- Verhältnis bestehender nationaler und europäischer Initiativen im Bereich der Forschung zu den Referenzzentren
- Kosten und Finanzierung des Netzwerkes
- Zugang der Patientinnen und Patienten aus allen EU-Mitgliedstaaten zum Zentrum

Angesichts der vielen offenen Fragen kann keine abschließende Bewertung der Vorschläge zur Schaffung von europäischen Referenzzentren vorgenommen werden. Folgende allgemeine Bedingungen für ein Netzwerk von europäischen Referenzzentren sind aber zu beachten:



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

- Eindeutige Definition der Krankheitsbilder und Klärung der eventuellen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und auf die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte
- Die Definition einer angemessenen Versorgungsqualität für die inländische Bevölkerung muss alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten bleiben. Europäische Referenzzentren müssen die flächendeckende Versorgung fördern und dürfen sie nicht gefährden.
- Die nationale Planungshoheit in der Krankenversorgung darf durch europäische Referenzzentren nicht berührt werden. Eine ggf. durch den gezielten Einsatz von Investitionsmitteln unterstützte zentrale Steuerung ist in jedem Fall abzulehnen.
- Die EU-Aktivitäten müssen sich auf grenzüberschreitende Aufgaben beschränken. Die Schaffung europäischer Referenzzentren darf jedoch nicht auf Kosten der bereits bestehenden Initiativen regionaler und grenzüberschreitender Zusammenarbeit erfolgen.
- Die nationale Regelungshoheit für Forschung und Lehre sowie die Finanzierung der Versorgung darf durch europäische Referenzzentren nicht berührt werden. Der Aufbau europäischer Referenzzentren darf bestehende nationale Initiativen und Strukturen, wie in Deutschland z.B. die vom BMBF geförderten Kompetenzzentren, nicht gefährden und muss sich mit ihnen koordinieren.
- Die Auswahl von Leistungserbringern für europäische Referenzzentren darf nicht politisch gesteuert sein und muss nach den Prinzipien der Chancengleichheit und auf Basis von vorher definierten Kriterien und Mindeststandards erfolgen. Insbesondere muss die Eignung der Einrichtungen regelmäßig überprüft werden.
- Die Fragen der Finanzierung sind umfassend zu klären.

Für ein weiteres Vorgehen zur Konkretisierung eines Konzeptes für ENCR ist zu empfehlen:

- ➔ Bestandsaufnahme und Evaluierung bereits existierender Initiativen auf EU- und national-staatlicher Ebene im Hinblick auf die definierten Ziele (Beitrag zu qualitativ hochwertiger und kostengünstiger Versorgung, Nutzen für Patient(inn)en und Gesundheitssysteme, Förderung höchstmöglicher Versorgungsqualität)
- ➔ Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse: Klärung der Notwendigkeit einer europäischen Initiative / eines Netzwerkes von europäischen Referenzzentren;
- ➔ Bei gegebener Notwendigkeit: Erstellung eines Konzeptes für europäische Referenzzentren inkl. detaillierter Definitionen der Zielsetzung, des Aufgabenbereichs, der Qualitätsanforderungen und einer Regelung zur Finanzierung.
- ➔ Darüber hinaus ist für im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung bestehende nationale Kompetenznetzwerke (z.B. zu schweren Unfällen und unfallbezogenen Erkrankungen) eine Integration in das Konzept zu prüfen.



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

8.2 Verwirklichung des Potenzials von Innovationen

Hinsichtlich der Verwirklichung des Potenzials von Innovationen begrüßt der BDPK grundsätzlich das Vorhaben der Europäischen Kommission, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten zu verbessern.

Hier ist aus Sicht des BDPK jedoch folgendes zu beachten:

- ➔ Die Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union sind sehr unterschiedlich. Daher sind Bewertungen von Innovationen auch immer vor dem Hintergrund des jeweiligen Systems einzuordnen. Dies heißt auch, dass die Übertragbarkeit von Bewertungen in der Regel nur im Bereich der medizinischen Wirksamkeit gegeben ist. Im Bereich der Kostenwirksamkeit sowie der sozialen und ethischen Aspekte sind Bewertungen aufgrund der unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitssysteme in der Regel nicht übertragbar.
- ➔ Die Einrichtung einer zentralen europäischen Health Technology Assessment-Datenbank, die die HTA-Berichte weltweit inkl. der Darstellung der daraus erfolgten Versorgungsentscheidungen sammelt, wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer höheren Transparenz und einem besseren Informationsaustausch. Dabei sollten bereits bestehende HTA-Datenbanken Berücksichtigung finden. Die HTA-Datenbank sollte offen sein für alle HTA-Berichte. Aufgrund der unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitssysteme muss es weiterhin ausschließlich den einzelnen Mitgliedstaaten vorbehalten bleiben, aus den HTA-Berichten Versorgungs- und Finanzierungsentscheidungen abzuleiten.

8.3 Gemeinsame Erkenntnisgrundlage für Politikgestaltung

Der BDPK stimmt mit der Europäischen Kommission dahingehend überein, dass die Verbesserung der Verfügbarkeit und der Vergleichbarkeit von Indikatoren und Daten über die gesundheitliche Versorgung die Grundlage liefern kann, um die gesundheitliche Versorgung in ganz Europa zu verbessern. Der BDPK befürwortet die Verwendung von aussagekräftigen Indikatoren, die europaweit wirklich vergleichbar sind. Um das notwendige Vertrauen in den verantwortungsvollen Umgang mit Indikatoren zu gewinnen, ist es jedoch erforderlich, ausschließlich valide und EU-weit vergleichbare Indikatoren zu verwenden und das Indikatoren-Tableau auf europäischer Ebene laufend zu überprüfen.

Von zentraler Bedeutung für aussagekräftige Analysen ist dabei eine ausreichende Anzahl valider Indikatoren. Der BDPK schlägt deshalb Prüfkriterien vor, anhand derer sich die Eignung einzelner möglicher Indikatoren und von Indikatorensets für die vergleichende Abbildung eines Sachverhalts bewerten lässt. Diese Prüfkriterien sind:

- Kausalität
- Eindeutigkeit
- EU-weite Vergleichbarkeit
- Einheitliche Indikatorendefinition



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

- Vergleichbare Datengrundlagen
- Vergleichbare Datenqualität
- Verfügbarkeit von Zeitreihen
- Objektivität
- Einfache Datenerhebung
- Standardisiert erhobene Befindlichkeitsindikatoren
- Berücksichtigung des Kontextes
- Messung von Input- und Outcome-Indikatoren

Aus Sicht des BDPK sind diese Prüfkriterien unabdingbare Grundlage für aussagekräftige und europaweit vergleichbare Indikatoren. Alle Vorschläge zur Schaffung einer gemeinsamen Erkenntnisgrundlage für Politikgestaltung müssen sich an diesen Kriterien messen lassen

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Kooperationen wie die vorgeschlagene Beobachtungsstelle nur dort einen Mehrwert haben, wo unterschiedliche Gesundheitssysteme auf einem annähernd gleichem Niveau sind und somit auch die Erhebungsvoraussetzungen auf einer vergleichbaren Basis stehen.

→ Angesichts der sehr unterschiedlichen Voraussetzungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union sollte deshalb die Ausweitung der Datenerhebung zunächst zu Gunsten der Verbesserung der Versorgungsrealität in den Mitgliedstaaten und der Verfügbarkeit und Validität der Daten zurückgestellt werden.

8.4 Folgenabschätzung im Gesundheitswesen (HSIA)

Der BDPK begrüßt die Einführung des „Health Systems Impact Assessments“ als Teil der Bemühungen um eine bessere Rechtsetzung in Europa. Die Abschätzung der Folgen der Gemeinschaftsvorschläge für die Gesundheitssysteme muss zwingende Voraussetzung für verbindliche Gemeinschaftsmaßnahmen sein.

9. Instrumente

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?



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Eine verstärkte und zielgerichtete europäische Zusammenarbeit kann für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, Beitragszahler und Finanzierungsträger konkrete Verbesserungen herbeiführen. Es gilt deshalb, unter Wahrung der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die bestehenden Instrumente im Rahmen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (bzw. deren Nachfolger, der Verordnung (EG) Nr. 883/04) und der grenznahen Zusammenarbeit zu nutzen und die mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) geschaffenen erweiterten Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu konkretisieren und zu fördern. Die Rechtsprechung des EuGH muss in allen Mitgliedstaaten umgesetzt werden.

Derzeit liegen allerdings noch keine umfassenden und validen Daten über Umfang, Art und Gründe einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie der Auswirkungen und Folgen vor. Hinsichtlich der unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitssysteme, der mangelnden Transparenz aufgrund der fehlenden Daten und Informationen und auch der fehlenden Folgenabschätzung der Gemeinschaftsvorschläge für die Gesundheitssysteme ist nach Auffassung des BDPK eine Regelung der Gesundheitsdienstleistungen durch gemeinschaftliche Rechtsvorschriften, insbesondere Verordnung und Richtlinie, überwiegend nicht zielführend. Im Gegenteil, erste positive Ansätze könnten sogar gefährdet werden.

Rechtsvorschriften kommen in folgenden Bereichen in Betracht:

- ➔ Weiterentwicklung und Umsetzung der VO 1408/71 bzw. 883/04 und der Durchführungs-VO 574/72 EWG zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten der Beteiligten.
- ➔ Regelungen zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten in den Bereichen, die nicht von den vorgenannten Verordnungen erfasst werden.
- ➔ Umsetzung der Richtlinie 2005/36.
- ➔ Regelungen für die Datenerhebung und Datenauswertung zur Analyse der Auswirkungen und Folgen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.
- ➔ Regelungen zur Datensicherheit bei der grenzüberschreitenden Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen.
- ➔ Regelungen zur Umsetzung der EuGH Rechtsprechung in allen Mitgliedstaaten.

Für alle anderen Initiativen, Vorhaben und Vorschläge zur notwendigen Verbesserung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen können die bereits bestehenden Instrumente und Ansätze genutzt und verbessert werden. Hier müssen politische und andere nichtlegislative Mittel eingesetzt 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.