



Stellungnahme der Bundesärztekammer

„Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“

I. Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer begrüßt die Diskussion um den Aufbau eines Gemeinschaftsrahmens bzw. die Diskussion um Gemeinschaftsmaßnahmen für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienste durch Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und Herstellung von Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts.

Zur Gewährleistung des Patientenschutzes und einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erachtet es die Bundesärztekammer für unabdingbar, Qualitätsstandards der medizinischen Versorgung im Regelungsbereich der einzelnen Mitgliedstaaten zu belassen. Nur in den nationalen Systemen, wie dem der ärztlichen Selbstverwaltung, können sich Ärzte für eine sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung ihrer Patienten einsetzen. Die Bundesärztekammer spricht sich daher ausdrücklich gegen einen Prozess der Harmonisierung in Bereichen des Gesundheitswesens aus, die aufgrund von Art. 152 EG-Vertrag der Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten unterfallen. Aus diesem Grund sollte nach eingehender Analyse der bestehenden Politiken, Initiativen, Regelungen und einschlägigen Rechtsprechung eine Aufstellung über den notwendigen Klärungs- und sich daraus ergebenden Regelungsbedarf vorgenommen werden.

1. Klärungsbedarf

Eine solche durch die Bundesärztekammer vorgenommene Aufstellung hat folgenden Klärungsbedarf ergeben:

- Definition des Begriffes „Gesundheitsdienstleistung“ mit Blick auf den Dienstleistungsbegriff im Sinne des Art. 50 EG-Vertrag und der Richtlinie 2006/123/EG; Laut Bericht des Europäischen Parlaments über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union vom 29. April 2005 (A6 - 0129/2005) stellen „Gesundheitsdienste Dienstleistungen für

Menschen in Not dar(...) und (können) deshalb nicht mit einer zum Kauf angebotenen Ware verglichen werden (...).“

- Konkretisierung der Begriffe „stationäre und ambulante Behandlung“ bzw. Klärung der Frage, ob diese durch den EuGH geprägten Begriffe für die Prüfung der Genehmigungspflicht richtig gewählt sind
- Konkretisierung der in der Rechtsprechung des EuGH in Zusammenhang mit der Patientenmobilität (Rechtssache C-372/04 vom 16.05.2006) geprägten Begriffe „vertretbarer zeitlicher Rahmen“
- Einheitliche Klarstellung der Anspruchsvoraussetzungen für die Genehmigungspflicht bzw. -freiheit und Kostenerstattung medizinischer Behandlungen im jeweils anderen Mitgliedstaat unter Berücksichtigung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der Rechtsprechung des EuGH zu Art. 49 und Art. 50 EG-Vertrag¹; Anknüpfungspunkt könnte Art. 23 des ursprünglichen Vorschlags der Kommission zu einer Dienstleistungsrichtlinie (KOM[2004]2) sein
- Leichter Zugang zu Informationen über die Voraussetzungen der Inanspruchnahme bzw. Erbringung medizinischer Behandlungen für Patienten und Ärzte im Zielland.

2. Kein Klärungsbedarf

Kein Klärungsbedarf besteht hingegen bei:

- Haftungs- und Rechtsmittelfragen, da diese durch die nationalen Rechtsordnungen zzgl. der auf Schuldverhältnisse anzuwendenden vertraglichen und außervertraglichen Regeln des Internationalen Privatrechts (s. auch Verordnungsentwürfe „Rom I“ und „ROM II“) und ergänzend durch unabhängige Schlichtungsstellen geregelt werden (s. auch Vorschlag des CPME in 1999/026)
- Haftpflichtversicherungsfragen, da diese durch die Richtlinie 2005/36/EG und für Berufe, die nicht 2005/36/EG unterfallen, durch die Richtlinie 2006/123/EG geregelt werden
- Fragen zu Qualitätssicherung, -standards oder -kontrollen, da diese u.a. durch die nationalen Vorschriften zur Weiterbildung geregelt werden
- Aufsichtsfragen, da die Aufsicht durch die zuständigen Behörden und Einrichtungen des Landes erfolgt, in dem die Leistung erbracht wird (s. das in Art. 5 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG implementierte Ziellandprinzip)

¹ Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 regelt die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (d.h. die persönlichen Voraussetzungen) während der EuGH Auslegungsgrundsätze zur Dienstleistungsfreiheit (d.h. den sachlichen Anspruchsvoraussetzungen) aufgestellt hat.

- Fragen, die das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die ärztliche Schweigepflicht berühren, da diese Maxime ärztlichen Handelns sind.

3. Folgerung: Kein Regelungsbedarf

Die Bundesärztekammer erachtet es nicht für notwendig, den unter 1. genannten Klärungsbedarf in einer Richtlinie zur Konsolidierung und Weiterentwicklung der Rechtsprechung des EuGH zu regeln. Es besteht kein zwingender legislativer Regelungsbedarf. Die Bundesärztekammer befürwortet vielmehr eine klarstellende Mitteilung der Kommission für Patienten und Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen, wer, wann, unter welchen Voraussetzungen Leistungen in Anspruch nehmen bzw. erbringen kann.

II. Fragenkatalog

Im Einzelnen nehmen wir zu den Fragen der Kommission wie folgt Stellung:

1. Frage:

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?

Derzeit ist festzustellen, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gering ausgeprägt ist. Auch für die Zukunft wird wegen praktischer Barrieren (Sprachkenntnisse, Reisekosten, Genehmigungspflicht bei stationärer Behandlung) erwartet, dass die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland des Patienten die Regel ist. Allerdings dürfte sich in Grenzregionen bspw. im Rahmen von Plattformen wie Euregio eine andere Bewertung ergeben. Es liegen jedoch keine verlässlichen Daten über Art und Umfang grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung sowie deren Auswirkung auf die finanzielle Nachhaltigkeit vor.

Das Konsultationspapier führt unter 2.3 aus:

„Der Schlüssel für die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme liegt daher in der Kostendämpfung und der Effizienzsteigerung, zusammen mit Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, ...“

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass aus dieser politischen Absicht ein Zielkonflikt hinsichtlich der Erhaltung notwendiger Leistungsniveaus der Gesundheitssysteme entstehen kann, der nicht allein durch „Anstrengungen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität“ gelöst werden kann.

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?

Zur Frage des rechtlichen Klarstellungsbedürfnisses verweisen wir I. 1.

Für Patienten und Ärzte muss der Zugang zu Informationen bzgl. der Voraussetzungen über die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen in anderen Mitgliedstaaten geschaffen werden. Für Ärzte und Patienten könnte an die Konzeption des Art. 57 der Richtlinie 2005/36/EG („contact points“) und für Patienten ergänzend an Art. 6 bzw. Art. 7 der Richtlinie 2006/123/EG („points of single contact“) angeknüpft werden. Das Portal der Europäischen Union zur Gesundheit unter http://ec.europa.eu/health-eu/index_de.htm gibt bereits „Tipps für die Inanspruchnahme örtlicher Gesundheitssysteme bei Reisen in der EU“. Die Verwaltungszusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten erfolgt begleitend auf Grundlage der Richtlinie 2005/36/EG, ergänzend aufgrund der Richtlinie 2006/123/EG, aufgrund des „Internal Market Information Management System“ (IMI) und des bei den Mitgliedstaaten eingerichteten online Netzwerkes für Problemlösungen im Binnenmarkt (SOLVIT). Im Rahmen des Projektes „Health Professionals Crossing Borders“ (HPCB) haben sich die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten in einem „Abkommen von Edinburgh“ (Oktober 2005) auf ein einheitliches Modul für eine „Bescheinigung über berufsrechtlich relevante Sachverhalte“ geeinigt. Sie wird migrierenden Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen von ihrer Heimatbehörde ausgehändigt.

Es sollte überprüft werden, inwieweit eine Vernetzung zwischen den betroffenen Behörden, Plattformen und Institutionen erfolgen kann.

3. Frage:

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?

Für Aufsichtsfragen gilt entsprechend Art. 5 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG das Ziellandprinzip, d.h. es sind die Behörden und Einrichtungen des Landes zuständig, in dem die Leistung erbracht wird. Die Berufsaufsicht üben in Deutschland die (Landes-)Ärzttekammern aus.

Bei der finanziellen Verantwortung ist zwischen der finanziellen Verantwortung für die Kostenerstattung einer medizinischen Behandlung und der finanziellen Verantwortung im Schadensfall zu unterscheiden.

Grundsätze der Kostenerstattung sind durch die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. zukünftig durch die Verordnung EG Nr. 883/2004 zzgl. COD/2006/0006 und die EuGH-Rechtsprechung geregelt. Deutschland hat die Vorgaben im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) umgesetzt. Jeder Mitgliedstaat hat selbst dafür Sorge zu tragen, die Rechtsprechung des EuGH in nationales Recht umzusetzen.

Die finanzielle Verantwortung im Schadensfall richtet sich in Einklang mit Grundsätzen des Internationalen Privatrechts nach dem jeweils geltenden Recht des Mitgliedstaates, in dem der Schaden eintritt (so auch der Verordnungsentwurf „ROM II“). Für Ansprüche aus vertraglichen Schuldverhältnissen gilt in vorliegendem Fall das Recht des Mitgliedstaates, in dem der Patient seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, weil es sich beim Behandlungsvertrag um einen sog. Verbrauchervertrag handelt (insoweit auch der Verordnungsentwurf „ROM I“). Artikel 13 Abs. 2 lit. a) und b) der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 knüpft für abhängig Beschäftigte und Selbständige an den Ort der Berufsausübung an.

Bei telemedizinischen Leistungen und bspw. Laborleistungen bedarf es einer umfassenden Analyse der Aufsichtsfragen, Qualitätssicherungsfragen und Haftungsfragen. Beispielsweise kann sich kein Labor innerhalb der EU den in der Richtlinie 93/42/EWG festgelegten Anforderungen entziehen, wobei nationale Anforderungen zur Qualitätssicherung, die die Anforderungen der o.g. Richtlinie konkretisieren, zu beachten sind. Darüber hinaus bestehen Schutzvorkehrungen für personenbezogene Daten. Hinsichtlich des Informationsbedarfes zwischen den Beteiligten ist es unabdingbar, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die ärztliche Schweigepflicht unberührt bleiben. Wir plädieren daher dafür,

diesen Bereich in einem Gemeinschaftsrahmen nicht zu berücksichtigen. Der dritte Bericht über die Arbeiten der Hochrangigen Gruppe im Jahr 2006 (HLG/2006/8 ENDG) gibt keinen Aufschluss über den Stand der Arbeiten, deutet aber die Zuständigkeit der Generaldirektion Informationsgesellschaft der Kommission an.

Wir weisen darauf hin, dass telemedizinische Leistungen sowie bspw. Laborleistungen dem Regelungsbereich des Art. 152 EG-Vertrag unterfallen. Die nationalen Zuständigkeiten insbesondere zur Qualitätssicherung sind zu beachten.

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?

Gemäß Art. 5 Abs. 3 der Richtlinie 2005/36/EG gilt das Ziellandprinzip, d.h. für die Sicherheit der Gesundheitsversorgung sind die Behörden und Einrichtungen des Landes zuständig, in dem die Leistung erbracht wird. Für die Überwachung der Sicherheit und Qualität der Gesundheitsdienstleitungen sind die Selbstverwaltungskörperschaften der Mitgliedstaaten zuständig. Wir weisen nochmals daraufhin, dass mit Einführung europäischer Qualitätsstandards durch Gremien der EU Gemeinschaftsrecht verletzt wird.

Im Schadensfall gelten nach Grundsätzen des Internationalen Privatrechts die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates in dem der Schaden eintritt (vgl. Verordnungsentwurf „ROM II“). Entsprechend unterliegen die Rechtsmittel der Patienten auch dieser Rechtsordnung. Soweit vorhanden, können optional unabhängige Schlichtungsstellen angerufen werden (s. auch Vorschlag des CPME in 1999/026). Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten können in einem für die Beteiligten kostenfreien, freiwilligen und unverbindlichen Verfahren durch unabhängige, ausschließlich mit medizinischen und juristischen Sachverständigen besetzte Einrichtungen zur außergerichtlichen Konfliktlösung geklärt werden, wie sie seit über 30 Jahren bei den Landesärztekammern in Deutschland und in jüngster Zeit auch bei der Ärztekammer Rom in Italien errichtet worden sind. Die Einrichtungen der Ärztekammern zur außergerichtlichen Konfliktlösung tragen in einer sehr großen Zahl von Fällen zu einer zügigen und effizienten Klärung des Haftungsstreits bei. Sie führen in der Regel zu einer abschließenden Erledigung der Auseinandersetzung zwischen Patient und Arzt. Die systematische und strukturierte Erfassung der Ergebnisse der Verfahren vor den Einrichtungen zur außergerichtlichen Konfliktlösung von

Arzthaftungsstreitigkeiten und ihre Nutzung für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung trägt wirksam zur Behandlungsfehlerprävention bei und erhöht in entscheidendem Maße die Sicherheit der Patientenversorgung in Deutschland.

5. Frage:

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 Zuständigkeiten und Regelungen zur Kostenerstattung sind durch die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. die Verordnung EG Nr. 883/2004 zzgl. COD/2006/0006 sowie die Rechtsprechung des EuGH geregelt.

In Grenzregionen kann sich ggf. eine andere Bewertung ergeben (vgl. Frag 1). Allerdings bestehen zumeist bilaterale Abkommen, die u.a. die kooperative Bereitstellung ausgewogener ambulanter und stationärer Versorgung regeln.

6. Frage:

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 Bundesärztekammer erachtet es im Interesse des Patientenschutzes für unabdingbar, dass ein Arzt, dem die Berufserlaubnis endgültig oder vorläufig aus schwerwiegenden Gründen entzogen ist, den Beruf auch nicht in einem anderen Mitgliedstaat ausüben darf. Es muss sichergestellt sein, dass Entscheidungen über den Entzug der Berufserlaubnis nicht auf dem Hoheitsgebiet eines einzelnen Mitgliedsstaates, sondern unionsweit vollstreckt werden. Dem Ausstellerland der Berufserlaubnis sollte eine Nachprüfungsbefugnis vorbehalten bleiben. Um dies klarzustellen, regen wir an, die Richtlinie 2005/36/EG entsprechend zu ergänzen.

7. und 8. Frage:

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?

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?

Wir verweisen auf den dritten Bericht über die Arbeiten der Hochrangigen Gruppe im Jahr 2006 (HLG/2006/8 ENDG) und die darin genannten Aktivitäten hinsichtlich der Patientensicherheit, die von der Bundesärztekammer begrüßt werden. Auch die Vernetzung von Referenzzentren kann als Bündelung von Ressourcen und Fachwissen einen Vorteil für den medizinischen Fortschritt bedeuten. Vor der Ausgestaltung solcher Netze von Referenzzentren sind jedoch offene Fragen, wie die Definition der Aufgabenbereiche, Ziele und Zielgruppen oder die Festlegung von Qualitätskriterien zu klären.

Vorhaben, die gemäß Art. 152 EG-Vertrag nicht durch Gemeinschaftsrechtsakte harmonisierbar sind, sollten im Rahmen der OMK verbleiben, die der Abstimmung unter den Mitgliedstaaten über Bereiche im Gesundheitswesen dient.

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?

Wie unter I. dargelegt befürwortet die Bundesärztekammer eine klarstellende Mitteilung der Kommission, die die Voraussetzungen bei grenzüberschreitenden Behandlungen zusammenführt.

Zur Erleichterung der Mobilität der Patienten und Dienstleistungserbringer muss der Zugang der Beteiligten zu Informationen gewährleistet sein. Für Ärzte und Patienten sollte dabei an die Konzeption des Art. 57 der Richtlinie 2005/36/EG („contact points“) und für Patienten

ergänzend an Art. 6 bzw. Art. 7 der Richtlinie 2006/123/EG („points of single contact“) angeknüpft werden.

III. Schlussbemerkung

Wir erachten es für nicht geboten, neben den bestehenden Politiken, Initiativen, Regelungen und neben der einschlägigen Rechtsprechung weitere legislative Mittel einzuführen. Im Bereich der Patientenmobilität und des Informationszugangs für Ärzte und Patienten besteht rechtlicher Klärungsbedarf anhand einer Mitteilung – nicht aber rechtlicher Regelungsbedarf.

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.