

31.01.2007

„Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der
Gesundheitsdienstleistungen“

**Stellungnahme
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

A.

Allgemeine Stellungnahme

I. Vorbemerkungen

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung 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. Wie nachstehend ausgeführt wird, befürwortet die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine kommunikative Strategie der Europäischen Kommission, in der es um Klarstellungen des mit dem geltenden Koordinierungsrecht der Krankenversicherung und durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes sowohl zur Patientenmobilität als auch zur Mobilität der Dienstleistungserbringer im Bereich der Heilberufe erreichten Rechtszustandes geht. Darüber hinausgehende Regelungen halten wir nicht für erforderlich, zumal sie – beispielsweise für den Arztberuf – in der neuen Richtlinie 2005/36/EG (sog. Berufsanererkennungs-Richtlinie) enthalten sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erklärt dementsprechend ihre Bereitschaft, mit Vorschlägen für den Klärungsbedarf entsprechender Probleme an einer solchen Kommunikation mitzuwirken.
2. In den vergangenen Jahren haben sich aufgrund der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und der EuGH-Rechtsprechung zwei Systemstränge zu den Voraussetzungen der

Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden medizinischen Behandlungen entwickelt.

Der gegenwärtige Rechtszustand zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen ebenso wie zur grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen ist durch eine Reihe von Standardurteilen des Europäischen Gerichtshofs ausgeprägt worden. So darf zu ersterem auf die Rechtssachen Decker, Kohll, Vanbraekel, Smits/Peerbooms, Müller Fauré/Van Riet, Inizan, Keller, Van der Duin/Van Wegberg-Van Brederode, Waats und Herrera; zu letzterem auf die Rechtssachen Haim, Gebhard, Garofalo u.a., Vogel/Landeszahnärztekammer Hessen sowie Fasciolo u.a. hingewiesen werden.

Zur Beseitigung der Unsicherheiten auf Patienten- und Ärzteseite ist die Schaffung von Rechtsklarheit ein erstrebenswertes Ziel. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist der Auffassung, dass dies - falls überhaupt erforderlich - durch die Anpassung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 erfolgen sollte. Da zukünftig die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 ersetzen wird, sollte diese Gelegenheit wahrgenommen werden, die durch die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 geschaffenen persönlichen Anspruchsvoraussetzungen und die durch die EuGH-Rechtsprechung geschaffenen Auslegungsgrundsätze zur Dienstleistungsfreiheit, d.h. die sachlichen Anspruchsvoraussetzungen, zusammenzuführen. Anknüpfungspunkt könnte Art. 23 des ursprünglichen Vorschlags der Kommission zu einer Dienstleistungsrichtlinie (KOM[2004]2) sein.

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht keinerlei Grund, neue legislative Mittel einzuführen. Andernfalls dürfte der europäische Gesetzgeber Gefahr laufen, die Grenzen seiner durch Art. 152 EG-Vertrag gesetzten Kompetenzen zu überschreiten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht sich daher für eine Mitteilung der Kommission für Patienten und Dienstleistungserbringer im Gesundheitswesen aus, die klarstellt, wer, wann, unter welchen Voraussetzungen Leistungen in Anspruch nehmen bzw. erbringen kann.

3. Bei allen weiteren Überlegungen zu einem „Gemeinschaftsrahmen“ ist von hoher Bedeutung, dass die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit gewahrt bleibt. Dies entspricht sowohl der primärgemeinschaftsrechtlichen Lage als auch der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs in den vorerwähnten Entscheidungen zur

Patientenmobilität (vgl. dazu im Übrigen auch nachstehend noch unter Nr. II.). Dies schließt ein, dass auch die Bewahrung der Eigenständigkeit der auf die Sicherstellung der Sachleistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gerichteten Versorgungssysteme (z.B. auch der Zusammenschluss der Ärzte in den Dienste-Körperschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen) außerhalb der Regelungskompetenz der Gemeinschaft liegen, sofern das Prinzip der Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung für den Zugang von Angehörigen der Heilberufe gewahrt bleibt. Dies geschieht bereits durch die Regelungen in der Berufsanerkennungs-Richtlinie.

4. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erkennt durchaus die Bedeutung an, welche einem europäischen Dienstleistungsmarkt im Gesundheitswesen zukommt. Sie sieht auch durchaus die Notwendigkeit zu weiterem Abbau von Hindernissen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen zur Herstellung eines Binnenmarkts auch unter Einbezug der Versicherungssysteme. Festzuhalten ist, dass ein solcher „Markt“ einerseits den Besonderheiten der Versorgung mit medizinischen Leistungen bei kranken Patienten Rechnung tragen muss und dass andererseits dieser „Markt“ Gegenstand der Deckung durch ein System der gesetzlichen Krankenversicherung ist, welches in Deutschland traditionell auf dem sogenannten Sachleistungsprinzip beruht. Diese Konzeption der Versorgung von Versicherten bedingt systematische Konsequenzen in der Bereitstellung entsprechender Dienstleistungen, wie sie durch das geltende Vertragsarztrecht des Sozialgesetzbuches V gezogen werden. Unter Beachtung der nationalen Gestaltungsautonomie für die Systeme der sozialen Sicherheit ergeben sich hieraus zwangsläufig Grenzen für Vorschläge in einem „Gemeinschaftsrahmen“, um zu vermeiden, dass Einzelregelungen insoweit mit Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung und ihres Versorgungssystems kollidieren.
5. Unter diesem Aspekt ist festzustellen:
 - a) Die Berufsausübung des Arztes im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf einer Zulassung als Vertragsarzt (statusbegründender Verwaltungsakt). Sie ist in den rechtlichen Rahmen des Sozialgesetzbuches V eingebunden und untergesetzlich durch die Normenverträge der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgestaltet. Diese Regelungen konkretisieren bestimmte Pflichten, aber auch Rechte des Vertragsarztes im Interesse der gleichmäßigen und bedarfsgerechten Versorgung der

Versicherten aufgrund des Sachleistungssystems der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

- b) Insbesondere spielen hier eine Rolle die Kassenärztlichen Vereinigungen als öffentlich-rechtliche Genossenschaften der Vertragsärzte, die deren Interessen und Rechte gegenüber den Krankenkassen wahrnehmen und den Normsetzungsprozess sowohl auf Bundesebene als auch auf Länderebene als verantwortliche Mitbeteiligte begleiten.

II. Ergänzende Bemerkungen

Es bestehen keine aus Art. 43, 49 EGV und aus Art. 81 ff. EGV abzuleitenden Rechtsgründe und im Übrigen auch keine Regelungskompetenz der EU für den „Versorgungssektor“ der gesetzlichen Krankenversicherung in der Gestalt der Regelungen für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Dann wäre zugleich das Sachleistungssystem der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung in Frage gestellt.

Wir möchten dies ergänzend wie folgt begründen:

1. Kompetenz der EU

- a) Die Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Gesundheitsdienste als solche sind nicht Gegenstand von Regelungskompetenzen der Gemeinschaft. Der EG-Vertrag räumt nämlich der Gemeinschaft im Vertrag unmittelbar keine Kompetenz zur Einwirkung auf die staatliche Gesetzgebung im Sozialversicherungsbereich ein. Dies ist durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes mehrfach bestätigt. Auch Art. 137 EGV i.d.F. des Vertrages von Nizza eröffnet keine Harmonisierungskompetenz für die Krankenversicherungssysteme und Gesundheitsdienste. Auch Art. 152 EGV (Gesundheitspolitisches Mandat) bringt dies ausdrücklich zum Ausdruck. In seinen Urteilen vom 28.03.1998 „Kohll“ (Rechtssache C-158/96) und „Decker“ (Rechtssache C-120/95) hat der Europäische Gerichtshof erneut die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit präzisiert:

„Nach ständiger Rechtsprechung lässt das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der

sozialen Sicherheit unberührt In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene bestimmt somit das Recht eines Mitgliedstaates, unter welchen Voraussetzungen zum einen ein Recht auf Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit oder eine Verpflichtung hierzu ... und zum anderen ein Anspruch auf Leistung ... besteht. ...“

- b)** Die Europäische Union hat jedoch über Art. 152 EGV und nunmehr auch über Art. 137 EGV Koordinierungskompetenzen – mit einzelnen Ausnahmen, die zu unmittelbarer Rechtsetzung mit Verbindlichkeit für die Mitgliedstaaten ermächtigen –.
- c)** Bei dieser Arbeitsteilung als Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips zwischen der Union und den Mitgliedstaaten sollte es weiterhin bleiben. Es gibt keinen Grund – unbeschadet der auch zur Verbesserung der Freizügigkeit für Patienten und Berufsangehörige der Gesundheitsberufe notwendigen Konvergenz von Versicherungsleistungen und Berufsausübungsbedingungen – zu einer Anpassung der Gesundheitsdienste und Krankenversicherungssysteme. Derzeit besteht auch kein Anlass, daran zu zweifeln, dass die Europäische Union entsprechende Aktivitäten nicht verfolgt.
- d)** Dies respektiert auch die Kommission in ihrer Mitteilung vom 20.04.2004 „Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode““ (KOM[2004] 304 endg.).

2. Binnenmarkt und Freizügigkeit der Versicherten

- a)** Die Verbürgungen der vertraglichen Grundfreiheiten im Binnenmarkt (Niederlassungsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit, Warenverkehrsfreiheit) wirken unmittelbar auf die „Gesundheitsmärkte“ als Erscheinungen des Binnenmarktes ein, sofern sie sich in der Nachfrage der Krankenversicherungen und der Versicherten in medizinischen Gütern und medizinischen Dienstleistungen konkretisieren.
- b)** Diese unmittelbar geltenden Verbürgungen der Verträge für die versicherten europäischen Bürger (insbesondere passive Dienstleistungsfreiheit als

Nachfragerecht und Wahlfreiheit in der europaweiten Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme) und für Unternehmen und Angehörige der Freien Berufe (Warenverkehrsfreiheit, Niederlassungsfreiheit und aktive Dienstleistungsfreiheit) setzen zwar der nationalen Gestaltung der Krankenversicherungssysteme Grenzen, jedoch nur insoweit, als national der Ort der Leistungsanspruchnahme auf das nationale Territorium beschränkt wird und damit entsprechende Behinderungen erfolgen (vgl. Entscheidungen des EuGH „Kohl“ und „Decker“ sowie „Smits/Peerbooms“).

- c) Daraus ergeben sich gemeinschaftsrechtliche Konsequenzen für die Wahlmöglichkeiten der Bürger, denen grundsätzlich Kostenerstattung nach nationalen Sätzen für die Leistungsanspruchnahme über das nationale Territorium hinaus im Binnenmarkt eingeräumt werden muss. Ebenso ergeben sich für die Angehörigen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, auch Krankenhäuser) Rechte bei der grenzüberschreitenden Versorgung von Patienten, an denen sich nationale Abschottungen bei Zulassungen zur Tätigkeit für das GKV-System, aber auch Vergütungsregelungen (z.B. Budgets) messen lassen müssen.

- d) Aus alledem folgt, dass eine Rechtsgüterabwägung zwischen den vertraglich verbürgten Grundfreiheiten einerseits und der Gestaltungsautonomie der Mitgliedstaaten für die Krankenversicherungssysteme einschließlich der Versorgungsstruktur andererseits – letzteres unter dem Blickwinkel auch ihrer Finanzierbarkeit – vorgenommen werden muss. Sie kann nicht einseitig zugunsten der nationalen Gestaltungsautonomie ausfallen, aber auch nicht einseitig zugunsten einer unbeschränkten Freizügigkeit. Eine Globalregelung, welche die bestehenden Versorgungsstrukturen gefährdet, wäre nicht angezeigt.

3. Spezielle Aktivitäten der Europäischen Union

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält es im Übrigen deswegen für nicht erforderlich, den hier angesprochenen Problembereich gesondert durch Rechtsakte der Gemeinschaft zu regeln, weil die Gemeinschaft spezielle Aktivitäten für den Gesundheitsbereich entfaltet hat, die im Rahmen des geordneten Prozesses der offenen Methode der Koordinierung eine Annäherung der Gesundheitssysteme leisten sollen. Erst wenn dieser Prozess abgeschlossen ist, hielten wir es für sinnvoll, darüber nachzudenken, ob sich daraus gesonderte Regelungsbedürfnisse ergeben.

Wir verweisen insbesondere auf die zu erwartenden Ergebnisse des Beratungsprozesses in der „High-level-Reflections-Group on Patient-Mobility and Healthcare-Developements“.

4. Wettbewerb und Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und „Gesundheitsdienste“

Auch die Wettbewerbsregeln (Art. 81 ff. EGV) enthalten kein Liberalisierungspotential, das – in Entsprechung zu Art. 43, 49 EGV – Strukturveränderungen gebietet. Da die geltenden Strukturen gemeinschaftsrechtlich konform sind, besteht kein Anlass, über Gemeinschaftsrechtsinstrumente solche Strukturveränderungen zu erzwingen.

- a) Aus dem Binnenmarktrecht folgt die Notwendigkeit einer Abgrenzung der gesetzlichen Krankenversicherung als einer solidarisch finanzierten Pflichtversicherung zu einer unternehmensbezogenen Marktstellung im Sinne des Rechts der öffentlichen Unternehmen und des europäischen Kartellrechts, d.h. die Pflicht, solchen versicherungsrechtlichen und leistungsrechtlichen Ausgestaltungen Grenzen zu setzen, durch welche die GKV Wettbewerber im Versicherungsmarkt werden könnte – mit allen Konsequenzen für die Öffnung der Versicherungssysteme.
- b) Der EuGH hat sich in mehreren Entscheidungen vor allem unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten im Hinblick auf alternative Angebote privater Versicherungsträger bzw. die Aufrechterhaltung von Versicherungspflicht mit solchen Fragen befasst.
- c) Unstreitig ist, dass im Beschaffungsmarkt, also im Verhältnis zu Leistungserbringern, die Krankenkassen Unternehmen im Sinne des europäischen Kartellrechts (funktionaler Unternehmensbegriff) sein können.
- d) Dennoch unterliegt das spezifisch deutsche System der normativen Regelung der Leistungserbringung in kollektiven Selbstverwaltungsbeziehungen einer differenzierten Beurteilung. Es besteht gemeinschaftsrechtlich keine Notwendigkeit zu seiner Beseitigung. Das deutsche öffentlich-rechtliche Vertragssystem zwischen den Verbänden der Krankenkassen einerseits und den Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits auf Bundes- und Länderebene als sogenanntes korporatistisches System ist nicht als solches dem Kartellverbot des Artikel 81, 82 EGV unterworfen, soweit es schon die

Zulässigkeit entsprechender Vereinbarungen unter den Beteiligten selbst angeht. Die Beteiligten werden nicht als Unternehmen im Sinne dieser Bestimmungen bei ihren Verträgen (insbesondere Vergütungsverträgen) tätig, weil sie kraft Gesetzes zu einem öffentlich-rechtlichen Zusammenschluss „gemeinsame Selbstverwaltung“ geordnet sind, dem der gesetzliche Auftrag der Organisation der Versorgung übertragen ist. Die Kombination von öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern im System der sozialen Krankenversicherung und öffentlich-rechtlichen „Dienste“-Körperschaften (Kassenärztliche Vereinigungen), denen die Sicherstellung und Gewährleistung der ärztlichen Dienste als gesetzliche Pflichtaufgabe zur Erfüllung durch ihre Mitglieder kraft Gesetzes zugewiesen ist, stellt keine gemeinschaftsrechtswidrige Regelung dar. Es obliegt der mitgliedstaatlichen Entscheidung, wie die ärztliche Versorgung im Rahmen der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt wird. Die Mitgliedstaaten haben davon in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht. Das deutsche System mit den öffentlich-rechtlichen Körperschaften der Kassenärztlichen Vereinigungen stellt ein sogenanntes gemischtes System dar, welches zwischen nationalen Gesundheitsdienst-Systemen und dominant privatrechtlichen, privatwirtschaftlichen und wettbewerblichen Systemen steht. Auch wenn aufgrund der Rechtsprechung des EuGH die Grundfreiheiten der Niederlassungsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit (vgl. EuGH Rs. C 120/95 [Decker] und Rs. C 158/96 [Kohl]) und auch die Rechtswirkungen des europäischen Kartellrechts auf die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern einwirken können, folgt daraus nicht, dass dem deutschen Gesetzgeber die Ausgestaltung des jetzigen kollektivrechtlichen Vertragssystems in der Beziehung von Krankenkassen zu Leistungserbringern (Kassenärzte, Krankenhäuser) als exklusives – hoheitlich ausgestaltetes – System untersagt ist. Insofern handelt es sich um einen zulässigen Annex zum Regelungsvorbehalt für die Ausgestaltung der Krankenversicherungssysteme.

- e) Eingeschlossen in die Ausgestaltungscompetenz für die deutsche GKV ist auch die Leistungssteuerung in Form von normativen Richtlinien auf dem Hintergrund des Sachleistungssystems durch öffentlich-rechtliche Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Es handelt sich – in den Kategorien der EuGH-Rechtsprechung – um eine „Verwaltungsform“ zur

Bestimmung, „unter welchen Voraussetzungen ... ein Anspruch auf Leistungen besteht ...“, und nicht um „Nachfrage“-Entscheidungen der GKV-„Unternehmen“. Dies hat der EuGH kürzlich bestätigt (s. Urteil vom 16.03.2004, Rs. C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01 [„AOK-Bundesverband]). Ähnlich hat auch das deutsche Bundesverfassungsgericht Zuordnungen vorgenommen (s. Urteil vom 17.12.2001 – 1 BvL .28/95 u.a. – [Festbeträge]).

- f) Die gemeinschaftsrechtliche Problematik des deutschen Sachleistungssystems liegt daher nicht in der Anwendung der Wettbewerbsregeln, sondern in der Anwendung der Grundfreiheiten (Warenverkehrsfreiheit, Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit) in diskriminierungsfreier Weise. Diese Zugangsrechte der Leistungserbringer aus anderen Mitgliedstaaten sind jedoch gewährleistet. Ein neuer legislativer Gemeinschaftsrahmen ist dafür nicht erforderlich.

B. Fragenkatalog

Zu den Fragen der Kommission nehmen wir im Einzelnen 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?

Die Kommission stellt fest, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gering ausgeprägt ist. Uns liegen derzeit keine anderen Erkenntnisse oder Prognosen vor. Wir stimmen der Kommission in ihrer Einschätzung zu, dass die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland des Patienten die Regel sein dürfte.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt den Ansatz der Euregio Plattform, durch den sich die grenzüberschreitende Versorgung erhöhen dürfte. Auch diesbezüglich liegen uns keine verlässlichen Daten über Art und Umfang sowie Auswirkung auf die finanzielle Nachhaltigkeit vor.

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?

Rechtlicher Klarstellungsbedarf:

- 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“ [innerhalb dessen medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt werden sollte].
- 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 (vgl. auch Einleitung).
- Klärung der Frage, ob eine nationale Regelung die Kostenerstattung davon abhängig machen darf, dass die Behandlung des Versicherten im Ausland durch einen Leistungsanbieter erbracht wird, der nach dem dort geltenden Sozialversicherungssystem generell zur Leistung bzw. speziell zur Erbringung bestimmter Behandlungsformen berechtigt ist.
- Leichter Zugang zu Informationen über die Voraussetzungen der Inanspruchnahme bzw. Erbringung medizinischer Behandlungen für Patienten und Ärzte im Zielland.

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.

Kein rechtlicher 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 (vgl. auch die Verordnungsentwürfe „ROM I“ und „ROM II“) geregelt werden.
- Fragen zu Qualitätssicherung, -standards oder -kontrollen, da diese u.a. durch die nationalen Vorschriften zum Sozialversicherungsrecht 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).

Informationsbedarf:

Für Patienten und Ärzte muss der Zugang zu Informationen über Voraussetzungen bei der Inanspruchnahme grenzüberschreitender medizinischer Behandlungen geschaffen werden. Bereits bestehende Informationsquellen und noch in Aufbau befindliche Informationsstellen sollten hierfür genutzt werden. Für Ärzte und Patienten könnte daher 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). Darüber hinaus wird die Arzneimittelinformation durch das Pharmazeutische Forum gesteuert.

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.

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 abschließend 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. Richtlinien konkretisieren, zu beachten sind. Auch telemedizinische Leistungen und bspw. Laborleistungen unterfallen dem Regelungsbereich des Art. 152 EG-Vertrag. Darüber hinaus bestehen Schutzvorkehrungen für personenbezogene Daten. In diesem Zusammenhang ist wesentlich, 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 dürfen auch den Zusammenhang mit der Fragestellung nutzen, darauf hinzuweisen, dass die Versorgungsstruktur im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und der darauf bezogenen ärztlichen Dienstleistungen nicht einer Harmonisierung unterliegen können, sondern es erforderlich machen, dass das eigenständig entwickelte Qualitätssicherungs- und Qualifikationssystem erhalten bleibt. Daraus ist die Folgerung zu ziehen, dass auch Dienstleistungserbringer aus anderen Mitgliedstaaten sich den Bedingungen unterwerfen müssen, die für eine Dienstleistung im Verhältnis zu Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland in diesem System vorgesehen sind.

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 Gesundheitsdienstleistungen sind die Selbstverwaltungskörperschaften der Mitgliedstaaten zuständig. Mit der Einführung europäischer Qualitätsstandards durch Gremien der EU wird Gemeinschaftsrecht verletzt.

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.

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. Frage 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?

Im System der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 darf der Patient die im jeweils geltenden Sozialversicherungssystem zugelassenen Ärzte aufsuchen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wirkt als Interessenvertretung für die zugelassenen Ärzte („Vertragsärzte“) in Deutschland auf den umfassenden Bekanntheitsgrad der EU-Krankversicherungskarte („EHIC“) hin. Der Bekanntheitsgrad unter Patienten wird dadurch nicht automatisch gesteigert. Hier könnte neben Maßnahmen durch die unter Frage 2 genannten Stellen und Plattformen an eine Kennzeichnung der Vertragsärzte wie etwa „EHIC accepted“ gedacht werden. Diesbezüglich könnte die Durchführungsverordnung (EG) Nr. 574/72, die künftig durch COD/2006/0006 ersetzt wird, ergänzt werden.

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?

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.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt allerdings Harmonisierungsbestrebungen hinsichtlich der Qualitätsanforderungen auf dem Arzneimittelmarkt. Diesbezügliche Arbeiten werden wie wir annehmen im Rahmen des Pharmazeutischen Forums durchgeführt.

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 A. I. 2. dargelegt befürwortet die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine klarstellende Mitteilung der Kommission, die die Voraussetzungen bei grenzüberschreitenden Behandlungen zusammenführt. Im Zuge dessen sind ggf. die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 bzw. EG Nr. 883/2004 zzgl. COD/2006/0006 zu ergänzen.

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.

C. Folgerung

Wie die Kommission in ihrer Mitteilung sehr richtig einführte, sollte es allen Beteiligten um die Herstellung von Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts - nicht aber um die Schaffung neuen Gemeinschaftsrechts gehen. Im Bereich der Patientenmobilität und des Informationszugangs für Ärzte und Patienten besteht rechtlicher Klärungsbedarf – 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.