

Stellungnahme der GVG zur Konsultation der Europäischen Kommission zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen

In der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) haben sich seit 1947 eine Vielzahl von Institutionen zusammengeschlossen, die das System der Sozialen Sicherung in Deutschland aktiv mitgestalten. Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, betriebliche Einrichtungen der Sozialen Sicherung, Gewerkschaften und Arbeitgeber sowie weitere gesellschaftlich relevante Institutionen und Wissenschaftler.

Der EU-Ausschuss der GVG hat sich schon im Juni 2005 in einer Stellungnahme zur Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union geäußert.¹ Die GVG bekräftigt mit der vorliegenden Antwort die Aussagen dieser Stellungnahme. Sie bestätigt ihre Übereinstimmung mit folgenden Grundaussagen der Kommission und des 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 gesamteuropäische Lösungen und Instrumente. Oft reichen auch bi- und multilaterale Vereinbarungen auf nicht-staatlicher Ebene zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern aus.

Die GVG begrüßt ausdrücklich, dass die Freizügigkeit auch der Patient(inn)en allgemein als Bestandteil der jedem Bürger zustehenden Freiheitsrechte des Binnenmarkts anerkannt wird. In Deutschland wurden hierzu mit dem GKV-Modernisierungsgesetz bereits im Jahr 2004 sachgerechte Vorschriften erlassen.

Die GVG geht zugleich davon aus, dass ungeachtet des Rechts auf Freizügigkeit, auch in Zukunft die medizinische Versorgung im Inland die Regel sein wird. Dennoch werden Leistungen in anderen EU-Mitgliedsstaaten in Anspruch genommen – 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. Derzeit liegen noch keine umfassenden und validen Daten

¹ Informationsdienst 305 der GVG „Die GVG zur Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union. Stellungnahme zur Mitteilung der Europäischen Kommission vom 20. April 2004, KOM (2004) 301 endg.“

über Umfang, Art und Gründe einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor. Deshalb befürwortet die GVG alle Initiativen und Vorhaben, mit denen die Beweggründe, das Ausmaß und die Folgewirkungen untersucht werden. Dies gilt insbesondere auch für die Verbesserung der Transparenz und der Information.

Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass Bestehendes nicht 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 die gemeinschaftsrechtlich garantierten Freizügigkeitsrechte von Patient(inn)en, Leistungserbringern und Dienstleistungen zu gewährleisten.

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

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 Kommission davon aus, dass der Umfang der Patientenmobilität heute relativ gering ist – etwa 1% der öffentlichen Gesamtausgaben für gesundheitliche Versorgung wird hierfür aufgewendet – sich aber zugleich mehr Patient(inn)en für grenzüberschreitende Versorgung interessieren. Dies scheitert jedoch an mangelnden Informationen über die Möglichkeiten und einem mangelnden Rahmen.

Hierzu ist festzustellen, dass derzeit umfassende und valide Daten zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht vorliegen. Dies hat auch Auswirkungen auf Einschätzungen der künftigen Potentiale und des Handlungsbedarfs. Deshalb geht es aus Sicht der GVG zunächst primär um Informationen für Patient(inn)en, Leistungserbringer und Kostenträger.

Grenzüberschreitende Versorgung, die keine Notfall-Behandlung ist, ist vorwiegend auf planbare Behandlungen begrenzt und Patient(inn)en präferieren in der Regel eine wohnortnahe Versorgung. Gründe sind die Kontinuität der Behandlung, die gemeinsame Sprache und gemeinsames Wissen sowie die Tatsache, dass eine Behandlung vor Ort prinzipiell auch kurzfristig möglich ist. Darüber hinaus erfolgen Behandlungen häufig über einen längeren Zeitraum. Die Kontinuität stellt hier gerade bei Auslandsbehandlungen eine Herausforderung dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Nachsorge der Auslandsbehandlung im Inland nachgefragt wird. Sprechen diese Aspekte bereits bei einer komplikationslos verlaufenden Behandlung für wohnortnahe Behandlung, so gilt dies erst Recht, wenn Komplikationen auftreten.

Insgesamt sind deshalb aufgrund des derzeit geringen Umfangs grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung Auswirkungen auf Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme derzeit kaum feststellbar. Würde die Tendenz, grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, verstärkt, 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.

Aus den genannten Gründen ist aus Sicht der GVG über den Rahmen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. deren Nachfolger, der Verordnung (EG) Nr. 883/04 und der grenznahen Versorgung hinaus auch künftig nicht von erheblichen Patientenströmen auszugehen.

Die **Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und ihr Nachfolger Verordnung (EG) Nr. 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 Mitgliedstaates. 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 noch nicht beobachtet werden, da die Patientenströme mit ca.1% der Gesamtausgaben keine signifikanten Größen erreicht haben. 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, die durch das normale Angebot nicht ausreichend gedeckt werden kann. Diese Probleme sind allerdings nicht europäisch lösbar, sondern müssen vor dem Hintergrund örtlicher Gegebenheiten in den betroffenen Regionen gelöst werden.

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.

→ Die europäische Unterstützung durch Fördergelder hat zu diesen positiven Entwicklungen beigetragen und sollte fortgesetzt werden ebenso wie die europäische Unterstützung durch Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches.

Aufgrund der **Urteile des EuGH zur Patientenmobilität** haben die Bürger(inne)n neue Möglichkeiten zur Behandlung im Ausland. Während im Bereich der stationären Akutbehandlung im Wesentlichen nur die Frage der Kostenregulierung neu gestaltet wurde, haben Patient(inn)en im ambulanten Bereich nunmehr das Recht, im Ausland jegliche medizinische Leistung ohne vorherige Genehmigung zu erwerben.

Von diesen Rechten wird bislang jedoch kaum Gebrauch gemacht – ein Großteil des geschätzten 1% Gesamtkostenanteils der Patientenmobilität an den Leistungsausgaben entfällt auf die Zahlungsströme innerhalb der VO (EWG) Nr. 1408/71. Es ist zwar damit zu rechnen, dass der Anteil der Inanspruchnahme außerhalb der VO (EWG) Nr. 1408/71 ansteigt – Motivationen sind Umgehung von Wartelisten und erwarteter höherer Qualitätsstandard der Leistungen – dabei sind jedoch die o.g. Gründe für die eingeschränkte Inanspruchnahme weiterhin gültig.

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 Bürger(inn)en aufgrund des Einkommensgefälles eine Vorfinanzierung eine besondere Hürde bedeuten kann und die zum anderen einen Großteil der Kosten selbst tragen müssen, da eine Erstattung nur auf Basis einer vergleichbaren Behandlung im Herkunftsland durchgeführt wird.

Es ist somit einerseits davon auszugehen, dass die Versorgung im Ausland im Volumen aus natürlichen Gründen begrenzt bleiben wird, andererseits sind die genannten sozialen Gründe zu berücksichtigen.

Ziel einer Weiterentwicklung der Patientenmobilität müssen konkrete Verbesserungen für Patienten, Leistungserbringer, Beitragszahler und Finanzierungsträger sein. Gemein-

schaftsmaßnahmen sind dabei 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.
- 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.

→ Europäische Unterstützung ist deshalb vor allem bei der Weiterentwicklung und Umsetzung der VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. (EG) Nr. 883/04, bei der Förderung der Euregios und im Zusammenhang mit verbesserter Information für Patient(inn)en und Dienstleistungsanbieter gefragt.

1.2 Vorübergehende und dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen (Anbietermobilität)

Auch die vorübergehende und die dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat finden derzeit nicht in nennenswertem Umfang statt. Wenn sie stattfinden, erfolgt dies nach den Regeln des Staates, in dem die Dienstleistung erbracht wird. Diese Regelung stellt sicher, dass keine negativen Auswirkungen auf die Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Erbringungsländer zu erwarten sind.

Die Richtlinie über die gegenseitige „Anerkennung von Berufsqualifikationen“ 2005/36 EG vom 7. September 2005 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. Die Richtlinie ist allerdings noch nicht in allen Staaten in nationales Recht umgesetzt worden, deshalb ist weiterer Handlungsbedarf noch nicht feststellbar.

Was Haftungsfragen betrifft, so müssen nationale Rechtstraditionen gewahrt bleiben. Allerdings sollte grundsätzlich vor der Erbringung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung sichergestellt sein, dass der Dienstleistungserbringer über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügt.

→ In Ergänzung bestehender Regelungen könnte deshalb geregelt werden, dass der grenzüberschreitend tätige Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen den Nachweis einer Haftpflichtversicherung vorlegen muss.

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. Dabei sollten rein telemedizinische Leistungen jedoch nicht den direkten Arzt-Patientenkontakt ersetzen.

→ Allerdings sind u.a. Fragen der Datensicherheit zu prüfen.

→ Ferner gilt auch hier die Forderung nach einem Haftpflichtversicherungsnachweis.

2 Rechtliche Klarstellungen

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?

Insgesamt ist 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 *Patientenmobilität:*

Im Rahmen der VO (EWG) Nr. 1408/71 wird von den Patient(inn)en überwiegend die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) und das Formular E 112 für geplante medizinische 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.

→ Hier besteht europäischer Handlungsbedarf im Hinblick auf eine tragfähige und handhabbare Lösung – eine entsprechende Grundlage könnte in der Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 geschaffen werden.

Darüber hinaus ist im Sinne der Patient(inn)en sicherzustellen, dass neben den Patient(inn)en auch die Leistungserbringer über klare Informationen zu rechtlichen und finanziellen Regelungen verfügen. Nur so kann die VO (EWG) Nr. 1408/71 rechtskonform zu Anwendung gelangen und die EHIC, das Formular E 112 etc. entsprechend der Möglichkeiten genutzt werden.

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

Grenznahe Versorgung findet überwiegend in den Euregios statt. Sie wird 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.

→ Allerdings wäre eine europäische Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches – z.B. im Rahmen einer Plattform – von Nutzen für Patient(innen), Dienstleister und alle weiteren Akteure und könnte zur weiteren Verbreitung dieser Kooperationen beitragen.

→ Hierzu könnten ergänzend Angebote von Sprachkursen für im Gesundheitswesen tätige Personenkreise und Mitarbeiteraustauschprogramme zwischen Dienstleistern der Länder in der Grenzregion gefördert werden.

Der **Europäische Gerichtshof** hat in seiner Rechtsprechung die mit der Versorgung im Ausland zusammenhängenden Fragen ausführlich geklärt. Dies betrifft den Leistungsanspruch, wann eine Behandlung der vorherigen Genehmigung bedarf (z.B. grundsätzlich bei Krankenhausleistungen), wann eine Leistung zwingend zu genehmigen ist (wenn sie nicht

in einem den medizinischen Gesamtzustand des Patienten berücksichtigenden Zeitraum im Inland angeboten werden kann) 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.

Die Bundesregierung hat sich intensiv mit den EuGH-Urteilen befasst und die Voraussetzungen der Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland in § 13 SGB V beschrieben. Allerdings ist festzustellen, dass die sich aus dem EG-Vertrag und der Rechtsprechung ergebenden Ansprüche in den meisten Mitgliedstaaten noch nicht in nationales Recht umgesetzt wurden. Zudem besteht bei den Bürger(inn)en der EU häufig ein Informationsdefizit.

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 herrschen 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.

- Eine zusammenfassende Klärung der Bedingungen, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen finanziert und nachgefragt werden können wäre hier – z.B. im Rahmen eines „Leitfadens“ – von Nutzen.

2.2 Vorübergehende und dauerhafte Erbringung von Dienstleistungen (Anbietermobilität)

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

- Jedoch gilt auch hier, dass eine zusammenfassende Klärung der Bedingungen, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen finanziert, erbracht und nachgefragt werden können von Nutzen wäre – z.B. im Rahmen eines „Leitfadens“.

Die Vernetzung der zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten zum verbesserten Informationsaustausch über migrierende Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen sollte fortgesetzt werden.

- Der Zugang zu dem von der Kommission entwickelten EDV-gestützten Informationssystem IMI (Internal Market Information Management System) ist in diesem Zusammenhang hilfreich. Hier sind die bestehenden Rechtsvorschriften über den Datenschutz berücksichtigen und die Datensicherheit auf allen Ebenen sicherzustellen. Von Interesse ist auch das Projekt „Health Professionals Crossing Borders“ (HPCB). Danach haben sich die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich 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.

2.3 Grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen

- Auch für die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen gilt, dass eine zusammenfassende Klärung der Bedingungen, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen finanziert, erbracht und nachgefragt werden können, z.B. im Rahmen eines „Leitfadens“ von Nutzen wäre.

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

- Darüber hinaus besteht insbesondere im Bereich der Telemedizin der o.g. rechtliche Klärungsbedarf hinsichtlich Datenschutz, Datenkompatibilität, Nutzung des Internets und der Zustimmung des Patienten. Auch hier sind die Haftungs- und Regressansprüche der Patient(inn)en ungeklärt. Eine Erläuterung der EU-Kommission könnte hier Klarheit schaffen.

Ebenso besteht Klärungsbedarf hinsichtlich der Ansprüche der Patient(inn)en gegenüber einem Leistungserbringer, wenn dieser sich für eine Teilleistung an einen, im EU Ausland niedergelassenen, Dritten wendet.

- Es ist zu überprüfen, ob in allen EU-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 Patient(inn)en / Verbraucher(inne)n begründen. Eine Erläuterung der EU-Kommission könnte hier Klarheit schaffen.

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 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 bestimmte nationale Voraussetzungen auch bei der Behandlung im Ausland erhalten bleiben, muss auch dort gelten, wo es im nationalen sozialen Sicherungssystemen rechtliche und praktische Möglichkeiten zur Steuerung der medizinischen Versorgung der Versicherten gibt, um im Interesse der Patient(inn)en eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen.

Dies gilt in Deutschland im besonderen Maße für die Versicherungsträger der gesetzlichen Unfallversicherung, die (wie auch die gesetzliche Rentenversicherung) Gesundheitsdienstleistungen auch unter der Zielsetzung der Vermeidung von Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit erbringen. Der Leistungsträger, der das finanzielle Risiko des Scheiterns einer medizinischen Maßnahme trägt, muss auch die Möglichkeit erhalten, durch das Setzen hoher qualitativer Standards und durch effektive Steuerung des Versorgungsgeschehens auf den Erfolg seiner Leistungen Einfluss zu nehmen.

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 Patient(inn)en hat zugleich zur Folge, dass die in diesem Lande geltenden rechtlichen Bestimmungen zur Anwendung kommen.

- Hier sollte für die Patient(inn)en die Möglichkeit bestehen, sich im Vorfeld über die rechtlichen Bestimmungen dieses Landes zu informieren. Hierzu ist der Ausbau des kürzlich von der EU-Kommission eröffneten Gesundheitsportals als Informationsquelle sinnvoll und notwendig.

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)

- Grundsätzlich sollte vor der Erbringung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung sichergestellt sein, dass der Dienstleistungserbringer über eine hinreichende Haftpflichtversicherung verfügt (s.o.).
- Darüber hinaus wären für die Lösung von Konfliktfällen Verfahren in Anlehnung an das von den Mitgliedstaaten betriebene und der EU-Kommission unterstützte Netzwerk *SOLVIT* denkbar und hilfreich.

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 Zuständigkeit für die Planung der Krankenversorgung – insbesondere Bedarfs- und Krankenhausplanung – liegt bei den Mitgliedstaaten. Die o.g. saisonal bedingte besondere Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Urlaubsregionen stellt hinsichtlich der Bereitstellung einer ausgewogenen ambulanten und stationären Versorgung für die jeweiligen Aufnahme­regionen eine Herausforderung dar. Sie beschränkt sich allerdings in der Regel auf die notwendige Erstversorgung der Patient(inn)en und, in Abhängigkeit vom Urlaubsort, auf 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 (EWG) Nr. 1408/71** bzw. (EG) Nr. 883/04 gedeckt. Die Verteilung der Zahlungen aus dem Ausgleichssystem der VO (EWG) Nr. 1408/71 an die Region muss der jeweilige Mitgliedstaat selbst sicherstellen. Mögliche zusätzliche Kosten für die Vorhaltung von Personal und Infrastruktur müssen vom jeweiligen Aufnahmeland getragen werden. Die Notwendigkeit einer Europäischen Maßnahme ist nicht gegeben.

Ähnlich verhält es sich mit Rentner(inne)n die sich periodisch im Ausland aufhalten. Auch hier obliegt es den Mitgliedstaaten, sicherzustellen, dass diese sich gemäß der VO (EWG) Nr. 1408/71 in dem jeweiligen System einschreiben und die damit verbundenen Mittelzuflüsse an die entsprechenden Regionen zu verteilen.

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. Hier können unter bestimmten Voraussetzungen für die Leistungserbringer Anreize bestehen, Ausländer bevorzugt zu behandeln. Grundsätzlich gilt, dass eine Diskriminierung – der Inländer wie der Ausländer – nicht zulässig ist. Es obliegt dem jeweiligen Mitgliedstaat sicherzustellen, dass mögliche Anreize minimiert werden. Europäische Maßnahmen 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.

→ Auf der untergesetzlichen Ebene wäre die Erarbeitung europäischer Verhaltenskodizes durch die Berufsorganisationen nützlich.

Diese Kodizes sollten unter anderem Maßnahmen zur Qualitätssicherung berücksichtigen, darunter die (Selbst)verpflichtung zur Fortbildung und zu lebenslangem Lernen. Hiermit wird auch die europäische Diskussion über Selbst- und Koregulierung auf EU-Ebene aufgegriffen, 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 Rat und die Kommission unterschriebene interinstitutionelle Vereinbarung schreibt dies verbindlich fest.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die Mitgliedstaaten das Recht haben, gemäß ihrer nationalen Werte und Normen Leistungen aus dem Leistungskatalog der Sozialversicherung auszuschließen oder der Erbringung auf ihrem Hoheitsgebiet ganz zu untersagen. Die Leistungsträger können nicht verpflichtet werden, solche Leistungen im Rahmen der Kosten-erstattung im Sinne der EuGH Rechtsprechung zu genehmigen.

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?

Die EU hat 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.

Nationale Regelungen zu Möglichkeiten und Bedingungen von grenzüberschreitenden Vertragsabschlüssen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, wie sie z. B. das deutsche Recht bereits kennt, sind hier ebenso hilfreich wie ein verbesserter Datenaustausch zwischen den Trägern. Hier geht es neben technischen Fragen vor allem auch um klare und verbindliche Regelungen zum Datenschutz.

Darüber hinaus gelten o.g. Empfehlungen.

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?

Die GVG hat sich bereits im Juni 2005 in einer Stellungnahme zur Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union geäußert.² Dabei hat sie neben der gemeinsamen Nutzung freier Kapazitäten und der grenzübergreifenden Versorgung vor allem die Vorschläge zu Europäischen Referenzzentren und zur Evaluierung von Gesundheitstechnologie analysiert. Die Grundaussagen dieser Stellungnahme sind nach wie vor gültig.

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 EU ein wichtiges Anliegen. Unter definierten Voraussetzungen könnte eine europäische Initiative dazu beitragen, dieses Anliegen umzusetzen. Die Freizügigkeit gem. Art. 42 EGV und die passive Dienstleistungsfreiheit gem. Art. 49-55 EGV bieten rechtliche Grundlagen für die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen.

Schon im Jahr 2005 hatte die GVG jedoch festgestellt, 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 Patient(inn)en aus allen EU-Mitgliedstaaten zum Zentrum,

Die GVG hatte angesichts der vielen offenen Fragen keine abschließende Bewertung der Vorschläge zur Schaffung von europäischen Referenzzentren vornehmen können und deshalb zunächst nur allgemeine Bedingungen für ein Netzwerk von europäischen Referenzzentren formuliert:

- Eindeutige Definition der Krankheitsbilder und Klärung der eventuellen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und auf die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung der Ärzte;

² Informationsdienst 305 der GVG „Die GVG zur Patientenmobilität und den Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union. Stellungnahme zur Mitteilung der Europäischen Kommission vom 20. April 2004, KOM (2004) 301 endg.“

- 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.

Diese Fragen sind nach wie vor nicht geklärt. Deshalb bekräftigt die GVG ihre damaligen Empfehlungen zum weiteren Vorgehen hinsichtlich der Konkretisierung eines Konzeptes für ENCR:

- Bestandsaufnahme und Evaluierung bereits existierender Initiativen auf EU- und nationalstaatlicher 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 Konzepts 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

8.2 Verwirklichung des Potenzials von Innovationen

Auch hinsichtlich der Verwirklichung des Potenzials von Innovationen bekräftigt die GVG ihre Stellungnahme aus dem Jahr 2005 und begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Kommission, die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten zu verbessern.

- Da die Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der EU jedoch sehr unterschiedlich sind, 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 Systeme in der Regel nicht übertragbar.

- Die Einrichtung einer zentralen europäischen Health Technology Assessment-Datenbank, die die HTA-Berichte weltweit 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.

8.3 Gemeinsame Erkenntnisgrundlage für Politikgestaltung

Auch zu diesem Themenbereich hat sich die GVG in der Vergangenheit mehrfach in Stellungnahmen geäußert. Erst im Dezember 2005 hat sie hierzu im Kontext der Offenen Methode der Koordinierung ein ausführliches Papier vorgelegt und festgestellt, dass sie die Verwendung von aussagekräftigen Indikatoren, die europaweit wirklich vergleichbar sind, befürwortet. 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. Die GVG hatte deshalb Prüfkriterien vorgeschlagen, 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
- Vergleichbare Datengrundlagen
- Vergleichbare Datenqualität
- Verfügbarkeit von Zeitreihen
- Objektivität
- Einfache Datenerhebung
- Standardisiert erhobene Befindlichkeitsindikatoren
- Berücksichtigung des Kontextes
- Messung von Input- und Outcome-Indikatoren

Aus Sicht der GVG 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 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)

Die GVG verfolgt mit besonderem Interesse die Einführung des „Health Systems Impact Assessments“ als Teil der Bemühungen um eine bessere Rechtsetzung in Europa und wird sich in die Diskussion über dortige Verfahrensfragen und Ergebnisse aktiv einbringen.

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?

Eine verstärkte und zielgerichtete europäische Zusammenarbeit kann für Patient(inn)en, 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 EuGH geschaffenen erweiterten Möglichkeiten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu konkretisieren und zu fördern.

Derzeit liegen allerdings noch keine umfassenden und validen Daten über Umfang, Art und Gründe einer grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor. Deshalb befürwortet die GVG alle Initiativen und Vorhaben, mit denen die Beweggründe, das Ausmaß und die Folgewirkungen untersucht werden. Aus Sicht der GVG geht es zunächst primär um:

- Informationen für Patient(inn)en, Leistungserbringer und Kostenträger. Maßnahmen auf europäischer Ebene – wie z.B. ein entsprechender Ausbau des EU-Gesundheitsportals – können hier einen wertvollen Beitrag leisten.
- Die Übernahme der Rechte, die den EU-Bürger(inne)n nach der Rechtsprechung des EuGH zustehen, in das nationale Recht derjenigen Mitgliedstaaten, wo die Umsetzung bislang nicht erfolgt ist.

Im einzelnen schlägt die GVG folgende Maßnahmen vor:

- Hinsichtlich der Weiterentwicklung und Umsetzung der **VO (EWG) Nr. 1408/71 bzw. (EG) Nr. 883/04** ist auf europäischer Ebene sicherzustellen, dass die Patient(innen) wissen, welche Leistungserbringer zugelassen sind. Eine entsprechende tragfähige und handhabbare Grundlage könnte in der Durchführungs-VO (EWG) Nr. 574/72 geschaffen werden.
- Darüber hinaus ist auf Ebene der Mitgliedstaaten sicherzustellen, dass neben den Patient(inn)en auch die Leistungserbringer über klare Informationen zu rechtlichen und finanziellen Regelungen verfügen. Nur so kann die VO (EWG) Nr. 1408/71 rechtskonform zu Anwendung gelangen und die EHIC, das Formular E 112 etc. entsprechend der Möglichkeiten genutzt werden.
- Die europäische Unterstützung der **Euregios** sollte fortgesetzt werden. Dies betrifft die Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches – z.B. im Rahmen einer Plattform – und von Sprachkursen für im Gesundheitswesen tätige Personenkreise und Mitarbeiteraustauschprogrammen zwischen Dienstleistern der Länder in der Grenzregion.
- Der **EuGH** hat in seiner Rechtsprechung die mit der Versorgung im Ausland zusammenhängenden Fragen zwar ausführlich geklärt und die Voraussetzungen der Kostenerstattung bei Behandlung im Ausland in § 13 SGB V beschrieben. Allerdings ist festzustellen, dass die sich aus dem EG-Vertrag und der Rechtsprechung ergebenden Ansprüche in den meisten Mitgliedstaaten noch nicht in nationales Recht umgesetzt wurden. Daher sollte auf jeden Fall beobachtet werden, ob die Mitgliedstaaten die Urteile in nationales Recht übernehmen.

- Zudem besteht bei den Bürger(inn)en der EU häufig ein Informationsdefizit. Ferner besteht Klärungsbedarf hinsichtlich des Zugangs zu patientenbezogenen Daten für die Leistungserbringer und der Rechtsansprüche der Patienten, wenn Leistungserbringer hinzugezogen werden, die einer anderen Rechtsordnung unterliegen. Deshalb wäre – z.B. im Rahmen eines „Leitfadens“ – eine zusammenfassende Klärung der Bedingungen, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen finanziert und nachgefragt werden können von Nutzen.
- Darüber hinaus sollte für die Patient(inn)en die Möglichkeit bestehen, sich im Vorfeld über die rechtlichen Bestimmungen des Landes, in dem die Behandlung stattfindet, zu informieren. Hierzu ist ein Ausbau des EU-Gesundheitsportals notwendig.
- Die **Freizügigkeit der Dienstleistungserbringer** ist durch die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EG hinreichend geregelt. Jedoch gilt auch hier, dass eine zusammenfassende Klärung der Bedingungen, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen finanziert, erbracht und nachgefragt werden können – z.B. in Form eines Leitfadens – von Nutzen wäre.
- Ergänzend könnte geregelt werden, dass der grenzüberschreitend tätige Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen den Nachweis einer Haftpflichtversicherung vorlegen muss.
- Auf der untergesetzlichen Ebene wäre die Erarbeitung europäischer Verhaltenskodizes durch die Berufsorganisationen nützlich.
- Der Zugang zu dem von der Kommission entwickelten EDV-gestützten Informationssystem IMI (Internal Market Information Management System) sowie das von zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten gemeinsam entwickelte Modul einer „Bescheinigung über berufsrechtlich relevante Sachverhalte“ sind im Zusammenhang mit einem verbesserten Informationsaustausch über migrierende Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen hilfreich.
- Auch für die **grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen** gilt, dass eine zusammenfassende Klärung der Bedingungen, unter denen in Europa grenzüberschreitend Gesundheitsdienstleistungen finanziert, erbracht und nachgefragt werden können, von Nutzen wäre. Darüber hinaus besteht insbesondere im Bereich der Telemedizin der o.g. rechtliche Klärungsbedarf hinsichtlich Datenschutz, Datenkompatibilität, Nutzung des Internets und der Zustimmung des Patienten. Auch hier sind die Haftungs- und Regressansprüche der Patient(inn)en nicht transparent. Eine Erläuterung der EU Kommission könnte hier Klarheit schaffen.
- Die Rechtsmittel für die Patient(inn)en ergeben sich aus dem jeweiligen nationalen Verwaltungs- und Sozialrecht sowie dem Internationalen Privatrecht. Darüber hinaus wären für die **Lösung von Konfliktfällen** Verfahren in Anlehnung an das von den Mitgliedstaaten betriebene und der EU-Kommission unterstützte Netzwerk SOLVIT denkbar und hilfreich.
- Hinsichtlich der vorgeschlagenen **Europäischen Netze von Referenzzentren** sind zunächst zahlreiche Fragen im Zusammenhang mit den Zielen, dem Aufgabenbereich, dem Nutzen für die Patient(inn)en, den Qualitätsanforderungen und einer Regelung zur Finanzierung zu klären.
- Hinsichtlich der **Verwirklichung des Potenzials von Innovationen** kann eine zentrale europäische Health Technology Assessment-Datenbank ein wichtiger Schritt hin zu einer höheren Transparenz und einem besseren Informationsaustausch sein.

- Angesichts der sehr unterschiedlichen Voraussetzungen in den Mitgliedstaaten geht es vor allem um die Verbesserung der Versorgungsrealität in den Mitgliedstaaten und der Verfügbarkeit und Validität von Daten. Erst dann ist eine **gemeinsame Erkenntnisgrundlage für Politikgestaltung** auf Grundlage einer ausreichenden Anzahl valider und EU-weit vergleichbarer Indikatoren sinnvoll und möglich. Die GVG hat deshalb Prüfkriterien entwickelt, die an alle Vorschläge zur Schaffung einer gemeinsamen Erkenntnisgrundlage anzulegen sind.
- Die Einführung des „**Health Systems Impact Assessments**“ als Teil der Bemühungen um eine bessere Rechtsetzung in Europa verfolgt die GVG mit besonderem Interesse und wird sich in die Diskussion über dortige Verfahrensfragen und Ergebnisse aktiv einbringen.

Köln, Januar 2007

GVG
Hansaring 43
D-50670 Köln
www.gvg-koeln.de

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.