
Stellungnahme

**zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschafts-
maßnahmen im Bereich der
Gesundheitsdienstleistungen“
vom 26. September 2006**

BDA Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Hausadresse:
Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
11054 Berlin

Tel. +49 30 2033-0
Fax +49 30 2033-1055
<http://www.bda-online.de>

Berlin, 26. Januar 2007

(A) Allgemeine Anmerkungen zur Mitteilung der Kommission

Die von der EU-Kommission am 26. September 2006 vorgelegte Mitteilung „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ folgt der Entscheidung der EU-Kommission vom April 2006, die Gesundheitsdienstleistungen vom Anwendungsbereich des geänderten Richtlinienvorschlags über Dienstleistungen im Binnenmarkt auszunehmen.

Die BDA begrüßt, dass die EU-Kommission zum Thema „Gesundheitsdienstleistungen“ einen Konsultationsprozess bis zum 31. Januar 2007 durchführt.

Der Zweck der Mitteilung, die neben einer allgemeinen Einführung und Begründung neun konkrete Fragen enthält, und des Konsultationsprozesses besteht nach Aussage der EU-Kommission darin, Themen zu ermitteln, die Gegenstand von Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen sein können, sowie Instrumente aufzuzeigen, die dann für die jeweiligen Themen geeignet sind.

Auch dieses Anliegen der EU-Kommission wird von der BDA grundsätzlich geteilt.

Im Anschluss an die Konsultation plant die EU-Kommission, dann im Laufe des Jahres 2007 darauf aufbauende konkrete Vorschläge vorzulegen. Die in der Mitteilung angesprochenen möglichen Gemeinschaftsmaßnahmen konzentrieren sich dabei auf folgende zwei Schwerpunkte:

(1) Schaffung von Rechtssicherheit für die Bürger und die Akteure im Gesundheitswesen. Hierzu – so die EU-Kommission – sei es vor allem notwendig, die „breite Anwendung der EuGH-Entscheidungen zu den Vertragsbestimmungen über die Freizügigkeit von Patienten, die Beschäftigten im Gesundheitswesen und den freien Verkehr von Gesundheitsdienstleistungen zu thematisieren.“ Im Mittelpunkt des Interesses stehe in diesem Zusammenhang die „grenzüberschreitende gesundheitliche Versorgung“, die allerdings auch „Auswirkungen auf alle Gesundheitsdienstleistungen“ habe.

Dieser thematische Schwerpunkt findet die Zustimmung der BDA.

(2) Unterstützung der Mitgliedstaaten in Bereichen, in denen ein europäisches Vorgehen einen Mehrwert im Vergleich zu einzelstaatlichen Gesundheitsmaßnahmen erbringen kann. Hierdurch – so die EU-Kommission – „soll den für die Gesundheitssysteme Verantwortlichen ein klarer gemeinschaftlicher Rechtsrahmen“ durch beispielsweise die Vorlage einer „Verordnung oder Richtlinie“ an die Hand gegeben wer-



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

den, „auf dessen Grundlage sie handeln und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystemen – dort wo sie sinnvoll ist – nutzbar machen können.“ Im Ergebnis sollen so sichere, qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden.

Aus Sicht der BDA ist zur Erreichung der genannten Ziele zwar ein gemeinschaftlicher Rechtsrahmen erforderlich. Durch die zu ergreifenden Rechtsinstrumente darf es aber nicht zu zusätzlicher Regulierung auf den Märkten für Gesundheitsdienstleistungen kommen. Im Gegenteil: Ziel muss eine weitgehende Deregulierung dieser Märkte sein.

Daneben ist darauf zu achten, dass durch rechtsverbindliche Vorgaben – wie eine Verordnung oder eine Richtlinie – nicht gegen das für die EU fundamentale Subsidiaritätsprinzip bzw. die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation, Ausgestaltung und Finanzierung ihrer Gesundheitssysteme wird. Die EU-Kommission selbst betont in der Mitteilung deshalb vollkommen zu Recht und mit aller Deutlichkeit, dass „die Leistungen der verschiedenen Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme sowie deren Organisation – im Einklang mit dem Subsidiaritätsprinzip – in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten verbleiben.“ Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen zu treffen, bedeute – so die EU-Kommission – also nicht, dass die einzelstaatlichen Systeme vereinheitlicht werden sollten.

Die allgemeinen bzw. grundsätzlichen Zielsetzungen der Mitteilung der EU-Kommission „Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006 – also die Anwendung der EuGH-Entscheidungen, der Ausbau der grenzüberschreitenden Versorgung sowie die Unterstützung der Mitgliedstaaten und die Förderung der Zusammenarbeit – sind dagegen uneingeschränkt sachgerecht und sinnvoll.

In diesem Kontext wird in der Mitteilung – ebenfalls vollkommen zu Recht – auf die ausführliche Rechtsprechung des EuGH zur ambulanten und stationären Versorgung der Bürger innerhalb der EU (Rechtssache Kohll und Rechtssache Decker) sowie zur Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Anpassung ihrer nationalen Sozialversicherungssysteme (Rechtssache Watts) verwiesen. Diese Entscheidungen des EuGH seien – so die Kommission – „als solche klar“ und bildeten die Grundlage für das weitere Vorgehen zur Verbesserung der Rechtssicherheit und Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen.

Eine möglichst breite Anwendung der einschlägigen – wettbewerbs- und marktorientierten – EuGH-Entscheidungen ist aus Sicht der BDA unverzichtbare Voraussetzung für mehr Wettbewerb und damit mehr Handlungsfreiheiten sowie Gestaltungsmöglichkeiten im Interesse aller Beteiligten im Gesundheitswesen.



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

(B) Grundsatzpositionen der BDA zu Gesundheitsdienstleistungen

Der aus der allgemeinen Dienstleistungsrichtlinie herausgenommene Bereich der Gesundheitsdienstleistungen muss so weit wie möglich marktwirtschaftlich ausgerichtet bzw. organisiert werden. Wettbewerb im Gesundheitswesen setzt dabei – sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene – wirksame Instrumente zur einzelstaatlichen Mengen- und Kostensteuerung voraus:

(1) Die beste Lösung ist hier ein möglichst weitgehender Vertrags- und Versorgungswettbewerb und damit größtmögliche Handlungsfreiheit einerseits für die Krankenkassen bzw. die entsprechenden nationalen Institutionen und andererseits für die Leistungsanbieter (zum Beispiel Ärzte und Krankenhäuser), um so die für die Versicherten / Patienten jeweils erforderlichen Mengen zu günstigen Preisen und mit hoher Qualität zur Verfügung zu stellen. Dass setzt zugleich die Anwendung kartellrechtlicher Regelungen voraus, um den Missbrauch von Marktmacht, bedingt zum Beispiel durch große Marktanteile, zu unterbinden und damit Wettbewerb überhaupt erst und dauerhaft zu ermöglichen.

(2) Wettbewerb ist zudem auch im Gesundheitswesen das mit Abstand wirksamste Instrument zur Marktsteuerung sowie zur Ausgabendämpfung und damit zur Begrenzung der Zwangsabgabenlast aus Beiträgen und Steuern für die Bürger sowie die Betriebe.

(3) Die Gesundheitsmärkte weisen zwar im Vergleich zu anderen Konsumgütermärkten zum Teil „Besonderheiten“ auf, vor allem weil die Nachfragersouveränität bzw. die Entscheidungskompetenz der Nachfrager eingeschränkt ist. Gerade deshalb darf aber auf Markt und Wettbewerb zur Effizienzerhöhung, das heißt vor allem zur Verbesserung der Steuerbarkeit und zum Abbau von Informationsdefiziten, nicht verzichtet werden.

(4) Der Gesundheitsbereich stellt auf der einen Seite in allen EU-Mitgliedstaaten und damit in der EU insgesamt einen Wachstumssektor dar, der – vor allem auch mit Blick auf die Beschäftigungspotenziale – nicht beschnitten werden sollte. Auf der anderen Seite ergeben sich gegenläufige Wachstumseinbußen, wenn der Ausgabenanstieg Ursache von Ineffizienzen sowie fehlendem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bzw. entsprechenden nationalen Institutionen und den Leistungsanbietern (zum Beispiel Ärzte und Krankenhäusern) ist und/oder die Krankheitskostenfinanzierung an die Arbeitskosten gekoppelt ist. Deshalb sollte jedes EU-Mitglied über wirksame Kostensteuerungssysteme verfügen.



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

(5) Ziel muss die Öffnung der Gesundheitsmärkte in der EU für die Bürger und die Leistungsanbieter durch einen grenzüberschreitenden Vertrags- und Versorgungswettbewerb sein. Die EU-Mitgliedstaaten müssen deshalb dafür sorgen, dass bestehende Budgetregelungen aufgehoben werden. Mit anderen Worten: Die Krankenkassen bzw. die entsprechenden nationalen Institutionen brauchen hinreichende Möglichkeiten zur Budgetbereinigung, so dass die mit nationalen Anbietergruppen – wie beispielsweise Ärzten und Krankenhäusern – vereinbarten Budgets abgelöst werden können, wenn die Bürger des betreffenden Mitgliedstaates verstärkt Behandlungen und Versorgungen außerhalb ihrer jeweiligen nationalen Systeme in Anspruch nehmen.

(6) Nationale Qualitätsvorgaben und andere einzelstaatliche Vorschriften – wie zum Beispiel die Berufserlaubnis und/oder Berufskammermitgliedschaft – dürfen nicht als Instrument zur Wettbewerbsverhinderung missbraucht werden. Deshalb sollte, solange es noch keine einheitlichen EU-weiten Mindeststandards für die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen gibt, der Grundsatz Anwendung finden, dass die „Zulassung“ eines Gesundheitsanbieters in einem Mitgliedstaat zugleich den freien Zugang zu den Gesundheitsmärkten in allen anderen EU-Mitgliedstaaten ermöglicht.

(C) Antworten zu den konkreten Kommissionsfragen in der Mitteilung

In der EU-27 mit ihren sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen ist Konvergenz im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen eher über den Wettbewerbsansatz zu erwarten als über den gesundheitspolitischen Ansatz, denn beispielsweise Zulassungsbeschränkungen, Budgetierungen, Wartelisten und fehlende Wahlfreiheiten sind im Kern kartellrechtliche Themen.

Zu Frage 1 „Welche Auswirkungen (lokaler, regionaler, nationaler Art) hat die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung derzeit auf die Zugänglichkeit, Qualität und finanzielle Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung, und wie könnte dies sich weiterentwickeln?“:

Die Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung zum Bereich der Gesundheitsdienstleistungen ist in Deutschland durch das 2004 in Kraft getretene GMG und die damit verbundenen zusätzlichen Möglichkeiten für die Versicherten zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sowie für die Krankenkassen zum Abschluss von Versorgungsverträgen mit ausländischen Dienstleistungsanbietern grundsätzlich erfolgt. Obwohl die Versicherten und die Krankenkassen vermehrt von ihren zusätzlichen Möglichkeiten Gebrauch machen, kann



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

von einem wirklichen nennenswerten Ausmaß noch nicht gesprochen werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass die grenzüberschreitende Versorgung an Bedeutung zunehmen wird, wobei das Ausmaß und damit auch die organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Auswirkungen auf das deutsche Krankenversicherungssystem derzeit kaum hinreichend abschätzbar sind.

Zu Frage 2 „Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt (z. B. Behörden, Dienstleistungserbringer und Dienstleistungserwerber, Patienten), um eine sichere, qualitativ hochwertige und effiziente grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?“:

Sachgerecht und sinnvoll sind vor allem eine Definition von Gesundheitsdienstleistungen, eine Vorschrift zu Genehmigungsvorbehalten bei der Leistungsgewährung und transparente Nachprüfungsverfahren bei Ablehnungsbescheiden durch die Krankenkassen einerseits sowie aussagekräftige Information für die Versicherten über eventuelle Mehrkosten einer Behandlung im Ausland, eine Klärung der Frage nach Beteiligung ausländischer Patienten an den Investitionskosten in Gesundheitssystemen mit dualer Finanzierung und eine Bestimmung über die Rechte der Leistungsanbieter zum grenzüberschreitenden Angebot andererseits. Die hierfür erforderlichen – ggf. auch neuen – Rechtsinstrumente dürfen allerdings nicht zu noch mehr Marktregulierung führen, sondern müssen sich auf die Setzung eines wettbewerbsfreundlichen Rechtsrahmens beschränken bzw. konzentrieren (vgl. oben Abschnitt A der Stellungnahme).

Zu Frage 3 „Welche Bereiche (z.B. klinische Aufsicht, finanzielle Verantwortung) sollen in die Zuständigkeit der Behörden welchen Landes fallen? Unterscheiden sich diese Zuständigkeiten bei verschiedenen in Abschnitt 2.2 oben genannten Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung?“:

Die Zuständigkeit – beispielsweise für die klinische Aufsicht und die finanzielle Verantwortung – sollte dem Mitgliedstaat obliegen, auf dessen Territorium die Dienstleistung vorgenommen bzw. erbracht wird, nicht zuletzt auch, um keine neuen bürokratischen Anforderungen zu schaffen.

Zu 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?“:

Die Überwachung von Sicherheit und Qualität der Gesundheitsdienstleistungen sollte dem Mitgliedstaat obliegen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wird. Hierbei muss allerdings gewährleistet sein,



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

dass die EU-Mitgliedstaaten diese Überwachungsaufgabe nicht als Anforderung zur nationalen Setzung von Sicherheits- und Qualitätsvorgaben interpretieren. Eine solche Handhabung käme – je nach Ausgestaltung und Zielsetzung – einem Missbrauch dieses Instruments gleich, und wäre eine nicht hinnehmbare Wettbewerbseinschränkung bzw. Marktzugangsbeeinträchtigung. Mit Blick auf mögliche Haftungsfragen ist anzumerken, dass die Regelungen des internationalen Privatrechts ausreichend sind.

Zu 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“)?:“

Der beste Weg, Marktungleichgewichte – Angebots- bzw. Nachfrageüberhänge, Kostensteigerungen bzw. Unterfinanzierungen – bei grenzüberschreitenden Dienstleistungsangeboten und Leistungsanspruchnahmen schnellstmöglich auszugleichen oder erst gar nicht entstehen zu lassen, ist die Schaffung von Wettbewerb. Eine Koordinierung des Bedarfs und eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Versorgungseinrichtungen, einschließlich gegenseitiger Ergänzung der Leistungsbereiche der Versorgungseinrichtung, sollte nur eine Vorstufe für größtmöglichen Vertrags- und Versorgungswettbewerb und größtmögliche Handlungsfreiräume für alle Beteiligten sein (vgl. oben Abschnitt B der Stellungnahme).

Zu 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?“:

Für die Freizügigkeit von Beschäftigten und Selbständigen im Gesundheitswesen ist es ein Mobilitätshindernis, dass sie bei vorübergehender grenzüberschreitender Tätigkeit einer zusätzlichen Berufserlaubnis des Gastlandes bedürfen, in den Berufskammern des Gastlandes Mitglied sein müssen (zusätzliche Kammerbeiträge = zusätzliche Kosten) und eine zusätzliche Haftpflichtversicherung haben müssen, die auch Schäden im Rahmen der grenzüberschreitenden Tätigkeit abdeckt. Hier ist dringend eine Liberalisierung des „Zulassungsrechts“ erforderlich (vgl. oben Abschnitt B der Stellungnahme).

Zu 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 Ver-



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

sorgung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten beteiligt sind – beispielsweise Dienstleistungserbringer und Einrichtungen der sozialen Sicherheit?“:

Hier ist auf die jeweiligen Stellungnahmen der in dieser Frage dezidiert angesprochenen Gesundheitsmarktakteure zu verweisen.

Zu Frage 8 „In welcher Weise sollten europäische Maßnahmen dazu beitragen, die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und die verschiedenen Akteure innerhalb der Systeme zu fördern. Gibt es Bereiche, die oben nicht genannt sind?“:

Die bereits bestehenden Foren zur Förderung der nationalen Gesundheitssysteme – vor allem die „Hochrangige Gruppe für Gesundheitsdienste“ und die „Offene Methode der Koordinierung“ – sind ausreichend. Weitere Foren würden zudem die Gefahr der Doppelarbeit und Intransparenz erheblich vergrößern.

Zu 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?“:

Hier wird auf die grundsätzlichen Ausführungen in den Abschnitten A und B der Stellungnahme weiter oben verwiesen.



Stellungnahme

zur Mitteilung der EU-Kommission
„Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen“ vom 26. September 2006

26. Januar 2007

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.