

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zur Konsultation Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen Mitteilung der EU-Kommission vom 26.09.2006

Die Kommission hat in ihrer Mitteilung vom 26.09.06 Fragen zu künftigen Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen gestellt. Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammen arbeitenden Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege nehmen dazu wie folgt Stellung:

Die BAGFW versteht die Konsultation als wichtigen Schritt, um zu prüfen, welche Maßnahmen der EU im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen notwendig und sinnvoll sind. Grundsätzlich ist aus Sicht der BAGFW festzustellen, dass alle Maßnahmen der EU die Unabhängigkeit der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung der nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme nach den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten anerkennen und achten müssen. Die Kommission hat die Gesundheitsdienstleistungen ebenso wie die Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse auch aus diesem Grunde aus dem Geltungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen.

Alle Maßnahmen der Europäischen Union müssen darüber hinaus darauf gerichtet sein, den Zugang zu Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen von allgemeinem Interesse nach den nationalen Gepflogenheiten anzuerkennen und dabei Politiken zu fördern, die – wie in den Artikeln 35 und 36 der Charta der Grundrechte der EU postuliert - auf die Sicherung und Herstellung eines möglichst hohen Schutzniveaus zielen.

Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen unterscheiden sich von anderen Dienstleistungen u. a. dadurch,

- dass sie sich, sofern sie notwendig sind, auf ein existenziell bedeutsames Gut beziehen,
- dass sie häufig ein nicht abtrennbarer Teil eines länger dauernden kontinuierlichen Versorgungsprozesses sind (Krankenversorgung und Rehabilitation sowie Prävention von Folgeerkrankungen),
- dass der kranke Mensch aus verschiedenen Gründen normalerweise kein souveräner Kunde ist (mangelnde Mobilität, Information, Zeitsouveränität),
- dass wegen des Schutzbedürfnisses des Patienten ethische Werte und Grundsätze für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen von großer Bedeutung sind,

- dass Inhalt, Art und Umfang von Gesundheitsdienstleistungen in hohem Maße von den unterschiedlichen Systemen des Krankenversicherungsschutzes und den spezifischen Kulturen der Leistungserbringung bestimmt werden.

Die Gewährleistung und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen erfordert also

- die Beachtung ethischer Grundsätze und Werte, wie sie in der Charta der Grundrechte der EU für die Gesundheitssysteme in Europa verpflichtend sind,
- umfassende Vorkehrungen zum Schutz der Patienten gegen eine Fehl- oder Unterversorgung und gegen Behandlungsrisiken,
- eine in der Regel wohnortnahe, kontinuierliche Versorgung,
- Regelungen im Bereich der sozialen Sicherungssysteme und im Bereich der Planung der Versorgungsstrukturen, um eine nachhaltige und flächendeckende Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.

Aus der Sicht der BAGFW sind Gesundheitsdienstleistungen in vieler Hinsicht mit den Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse zusammen zu sehen. Wie diese sind Gesundheitsdienstleistungen personenbezogene Leistungen und tragen wesentlich zur sozialen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei. Gesundheitliche Versorgung ist auch nicht ohne freiwilliges Engagement, z. B. im Bereich der Selbst- und Nachbarschaftshilfe und die Unterstützung durch Familienangehörige zu realisieren. Deshalb schlagen wir vor, dass im Konsultationsprozess das Verhältnis der Gesundheitsdienstleistungen und der Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse genauer geklärt wird, wie dies die Kommission selbst vorschlägt (S. 5). Leider wird die Fragestellung von der Kommission in ihrer Mitteilung dann nicht weiter vertieft. In diesem Zusammenhang sollten die Beziehungen zwischen Gesundheitsdienstleistungen und Leistungen zur gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe, zur Therapie von Suchtkranken und psychisch kranken Menschen beachtet werden, die zum Teil Gesundheitsdienstleistungen im engeren Sinne sind, zum anderen Teil soziale Dienstleistungen (Beratung, Betreuung, Wohnen u. a.) erfordern. Im Konsultationsprozess erhoffen wir uns auch größere Klarheit über die Auffassung der EU-Kommission hinsichtlich der „Langzeitpflege“, die wichtige Gemeinsamkeiten mit beiden Gruppen von Dienstleistungen aufweist. Der Konsultationsprozess sollte jedenfalls nicht auf eher technische Fragen beschränkt bleiben, sondern auf die Ebene gemeinsamer Prinzipien zurückgeführt werden, die für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen wie für Dienstleistungen von allgemeinem (wirtschaftlichen) Interesse generell Gültigkeit besitzen.

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

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sind aus der Sicht der BAGFW als notwendige Folge europäischer Freizügigkeit zu begrüßen. Sie schließt die Freiheit ein, Gesundheitsdienstleistungen auch in anderen EU-Mitgliedstaaten in Anspruch zu nehmen und zu erbringen. Zehn Prozent der Unionsbürger leben in grenznahen Regionen. Für sie kann die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Nachbarland von besonderem Interesse sein. Darüber hinaus gibt es schon heute einen Wettbewerb im Bereich der ambulanten Gesundheitsdienstleistungen, die

in anderen Mitgliedsstaaten kostengünstiger erbracht werden als im Herkunftsland, z.B. im Bereich der zahnärztlichen Dienste oder der Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Freiheit ist faktisch nur beschränkt, insofern Gesundheitsdienstleistungen überwiegend von sozialen Sicherungssystemen finanziert werden, die

- a) die Versorgung im notwendigen Umfang und nach dem Erfordernis der Wirtschaftlichkeit gewährleisten
- b) in der Regel detaillierte Vorgaben zur Erbringung der Leistung machen
- c) die gesundheitliche Infrastruktur mitplanen und finanzieren.

Die Beschränkungen sind unterschiedlicher Natur und müssen einzeln erläutert werden:

Zu a) Im Grundsatz ist diese Beschränkung, die praktisch allen Krankenversicherungssystemen eigen ist, zur Vermeidung von Über- und Fehlversorgung sowie zur nachhaltigen Finanzierung der Krankenversicherungssysteme notwendig. Allerdings bestehen in den historisch gewachsenen Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten unterschiedliche Auffassungen über Art, Inhalt und Umfang der notwendigen Versorgung. Dies wird Klärungsprozesse auf europäischer Ebene über den Umfang der notwendigen Gesundheitsversorgung auslösen. Die BAGFW begrüßt derartige Klärungsprozesse unter zwei Gesichtspunkten: Auf der einen Seite liegt die Kompetenz zur Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme ausschließlich bei den Mitgliedstaaten, was aus unserer Sicht sinnvoll ist. Unter dieser Voraussetzung ist der Leistungsumfang der Krankenversorgung als Ergebnis eines demokratischen Willensbildungsprozesses für die Bürgerinnen und Bürger verbindlich. Auf der anderen Seite sollte nach unserer Überzeugung die Hilfe im Fall einer schweren Krankheit nach Möglichkeit auch gewährt werden, wenn der Patient Bürger eines anderen Mitgliedstaates ist, welches eine entsprechende Behandlung nicht im eigenen nationalen Leistungskatalog vorsieht. Aufgabe der Organe der Europäischen Kommission muss es deshalb sein, unter Anerkennung des Subsidiaritätsprinzips und bei Achtung der nationalen Kompetenzen im Sozial- und Gesundheitsbereich dazu beizutragen, ein möglichst hohes Niveau des Gesundheits- und Sozialschutzes sicherzustellen.

Zu b) Die Krankenversicherungssysteme – in Deutschland: die Gesetzlichen Krankenkassen – machen den Leistungserbringern detaillierte Vorgaben zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. Diese Regelungen, die vor allem dem Schutz der Patienten und der Qualität der Dienstleistung dienen, müssen nach dem Gleichheitsgrundsatz auch dann angewendet werden, wenn regelmäßig Leistungen grenzüberschreitend in Anspruch genommen werden. Demnach müssen z.B. Rehabilitationseinrichtungen aus anderen Mitgliedstaaten, die Verträge mit den deutschen Krankenkassen schließen, dieselben Anforderungen erfüllen, wie deutsche Einrichtungen.

Zu c) Bei der Vorhaltung der gesundheitlichen Infrastruktur, z.B. in Form von Krankenhausbetten setzen die Mitgliedstaaten Steuermittel ein, die von ihrer Wohnbevölkerung aufgebracht werden. Eine regelmäßige Inanspruchnahme durch Patienten aus anderen Mitgliedstaaten erfordert eine entsprechende Planung der Kapazitäten und einen Modus der Finanzierung der Kosten für die Bereitstellung der Infrastruktur. Entsprechende regionale Regelungen erwartet die BAGFW von den regionalen Projekten zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, etwa bei der Krankenhausplanung auf Län-

derebene oder bei der Planung von spezifischen, an der Bevölkerungsdichte orientierten Versorgungsangeboten.

Frage 2: Welche speziellen rechtlichen Klarstellungen und welche praktischen Informationen werden von wem benötigt?

Der in der Mitteilung angesprochene „Mindestinformations- und –klärungsbedarf“ lässt sich auf allgemeiner Ebene nur schwer präzisieren. Zur Erbringung von gesundheitlichen Dienstleistungen gehört immer eine detaillierte Information des Patienten/Nutzers. Insofern sind alle Leistungserbringer per se mit Informationsaufgaben betraut. Bei der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bedeutsam ist zudem die Sicherstellung eines ausreichenden Informationsaustausches bei der Entlassung des Patienten bzw. bei Überleitung in das Gesundheitssystem seines Herkunftslandes. Dabei können die elektronische Gesundheitskarte (EHIC), sowie die Einführung eines europäischen Gesundheitsportals hilfreiche Instrumente darstellen.

Leistungserbringer und Krankenversicherungssysteme sollten bei Initiativen unterstützt werden, die die Informationspolitik und –praxis für die Betroffenen verbessern helfen, deren Rechte stärkt und die die besonderen Erfordernisse der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme berücksichtigt.

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?

Aus der Sicht der BAGFW ist für die Zulassung des Leistungserbringers und Aufsicht über die Durchführung der personenbezogenen Leistung grundsätzlich das Land zuständig, in dem die Dienstleistung erbracht wird. Für den Fall, dass eine Vorababwilligung durch den Kostenträger des Patienten im Herkunftsland erforderlich ist, etwa entsprechend der derzeitigen Rechtslage bei grenzüberschreitender stationärer Behandlung, so sollten die dazu erforderlichen Kriterien auf ihre Aktualität im Sinne der VO 883/2004 und der Rechtsprechung des EuGH hin überprüft und ggf. angemessen angepasst werden.

Im Blick auf die vier Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bedeutet dies:

- a) Bei der grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen (vom Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates zum Hoheitsgebiet eines anderen), z.B. wenn Laborleistungen in einem Mitgliedstaat für eine Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden, hat das Land, in dem die Dienstleistung erbracht wird, die Aufsicht über den Dienstleistungserbringer und die Durchführung der Dienstleistung, soweit diese durch gesetzliche Bestimmungen (z.B. Hygienevorschriften, Datenschutz etc.) geregelt ist.

- b) Bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland sind die bisherigen Regelungen (Europäische Krankenversicherungskarte) weiterzuentwickeln. Außerdem ist darauf zu achten, dass Krankenversicherungssysteme an alle Leistungserbringer die gleichen Anforderungen – z.B. hinsichtlich der Qualitätsstandards - stellen.
- c) Beim ständigen Aufenthalt eines Dienstleistungserbringers in einem anderen Mitgliedstaat gelten die Zulassungsbestimmungen dieses Staates und die Regelungen der dort zuständigen Kostenträger.
- d) Beim vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat zur Erbringung von Dienstleistungen gelten ebenfalls die Zulassungsbestimmungen dieses Staates und die Regelungen der dort zuständigen Kostenträger.

Die Konstellationen c) und d) bedürfen aus der Sicht der BAGFW der Ausgestaltung unter Berücksichtigung folgender politischer Prämissen:

- Der Grundsatz der Freizügigkeit muss gewährleistet werden; Beschränkungen sind z. B. aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zulässig und müssen begründet werden.
- Angesichts des erkennbaren und zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen in einigen EU-Mitgliedstaaten (vgl. dazu den Bericht der WHO 2006) sind auf der Ebene der Mitgliedstaaten, ggf. auch der EU Vorkehrungen zu treffen, um eine nachhaltige und gleichmäßige Gesundheitsversorgung in allen Mitgliedstaaten zu befördern.

Frage 4: Wer soll dafür zuständig sein, die Sicherheit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Wie sollten Rechtsmittel für Patienten sichergestellt werden, die Schaden erleiden?

Ein Schadensfall im Ausland – etwa bedingt durch Vertragsverletzungen oder Behandlungsfehler - wird zivilrechtliche und strafrechtliche Ansprüche einschließlich der damit verbundenen Schadensersatzforderungen nach sich ziehen. Ursache werden insbesondere Vertragsverletzungen und Behandlungsfehler sein. Weitere Probleme schließen sich in den Fragen der Rechtsdurchsetzung einschl. der Möglichkeiten und Kosten von Rechtsbeiständen an. Viele der damit angesprochenen Fragen sind in verschiedenen Mitgliedstaaten unterschiedlich geregelt – nicht zuletzt aufgrund verschiedener Rechtstraditionen. Insofern kann die Frage in diesem Zusammenhang nicht ausreichend beantwortet werden.

Die BAGFW möchte jedoch generell auf die Bedeutung von Transparenz, Standardisierung und Qualitätssicherung hinweisen und empfiehlt, im Konsultationsprozess folgende im Interesse der Patienten liegende Gesichtspunkte zu beachten:

- a) Der Schutzbedarf des einzelnen Patienten beginnt bereits im Vorfeld einer geplanten Behandlung noch während seines Aufenthalts im eigenen Mitgliedstaat. Im Hinblick auf die Rechtssicherheit gehören dazu Informationen über medizinrechtliche Standards des avisierten Mitgliedstaates, über den Rechtsweg respektive Gerichtsstandsvereinbarungen bei der Vertragsgestaltung, sowie Verfahrensarten und Informationen zur Rechtsdurchsetzung. Diese Informationen sollten von der

zuständigen Krankenkasse im Heimatland des Patienten bereitgestellt werden. Im Rahmen des Konsultationsprozesses sollte die gegenwärtige Informationspraxis der Krankenversicherungssysteme überprüft werden. Ggf. sind einheitliche europäische Informationsstandards festzulegen.

- b) Im nationalen Recht haben sich, insbesondere bei Behandlungsfehlern, weniger die forensischen Verfahren als der Einsatz von Schiedsstellen bewährt, wie sie in Deutschland bei den Ärztekammern eingerichtet worden sind. Im Rahmen des Konsultationsprozesses sollte geprüft werden, ob Schiedsstellen auch in anderen Mitgliedstaaten Akzeptanz besitzen und ob durch eine Zusammenarbeit derartiger Schiedsstellen Schadensfälle bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme geregelt werden können.
- c) Zur Vermeidung langwieriger und häufig mit einem ungewissen Ausgang verbundener Rechtsverfahren wird in Deutschland häufig auch die versicherungsrechtliche Abwicklung des Schadensfalls gewählt. Im Konsultationsprozess sollte die Praxis in den verschiedenen Mitgliedstaaten verglichen werden; ggf. ist eine Vereinheitlichung der Praxis durch eine Empfehlung auf europäischer Ebene anzustreben.
- d) Zur Lösung von Problemen, die in Folge der Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen entstehen und voraussichtlich außergerichtlich gelöst werden können, sollte ein System analog zu SOLVIT¹ etabliert werden. Seine Aufgabe soll es sein, Beschwerden von Patienten zu bearbeiten, indem unbürokratisch praktische Lösungen für praktische Fragen gefunden werden. Zu diesem Zweck sollen vergleichbare Stellen in allen Mitgliedstaaten etabliert werden. Es ist zu prüfen, ob SOLVIT selbst als Plattform für diese Problematik genutzt werden kann

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“?)

Es ist zu bezweifeln, ob die angesprochene Aufgabe mit einer einzigen Maßnahme gelöst werden kann. Die Strukturen der Krankenversorgung sind bislang auf die Wohnbevölkerung des entsprechenden Landes zugeschnitten. Von diesem Grundsatz sollte auch nicht abgewichen werden, weil der Regelfall der Krankenversorgung die wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung bleiben soll. In den Grenzregionen eines vereinten Europas gilt dieser Grundsatz grenzüberschreitend: in der Region sollten also die erforderlichen Kapazitäten erhoben und im Rahmen eines bi- oder trilateralen Austauschprozesses geplant und in Rahmenabkommen vereinbart werden. In diesem Zusammenhang ist auch eine nachhaltige Finanzierung der vorgehaltenen Infrastruktur zu vereinbaren. Die grundsätzliche Einführung des Kostenerstattungsprinzips zur Lö-

¹ SOLVIT ist ein Online-Netzwerk (seit 7/2002) zur Problemlösung, in dem die Mitgliedstaaten zusammenarbeiten, um auf pragmatische Weise Probleme zu lösen, die durch die fehlerhafte Anwendung von Binnenmarktvorschriften durch Behörden entstehen. In jedem Mitgliedstaat der EU sowie in Island, Liechtenstein und Norwegen gibt es SOLVIT-Stellen. Sie bearbeiten Beschwerden von **Bürgern** und **Unternehmen**. Die SOLVIT-Stellen sind Teil der nationalen Verwaltung und ihre Aufgabe besteht darin, innerhalb von 10 Wochen praktische Lösungen für praktische Probleme zu finden. Die Benutzung von SOLVIT ist kostenlos. SOLVIT befasst sich im Prinzip mit allen grenzüberschreitenden Problemen, die die fehlerhafte Anwendung von EU-Recht betreffen, zwischen einem Unternehmen oder einem Bürger (Privatperson) auf der einen Seite und einer Behörde auf der anderen.

sung der Bereitstellung einer ausreichenden Versorgungsinfrastruktur für alle ist abzulehnen.

Von diesem Konzept der wohnortnahen und kontinuierlichen Versorgung sind zu trennen:

- a) Einzelleistungen, die gut von den übrigen Versorgungserfordernissen abzutrennen sind und deshalb auch außerhalb der Versorgungsregion in Anspruch genommen werden (z. B. Zahnersatz sowie kleinere operative Eingriffen). Diese Leistungen sind in der Regel planbare Wahlleistungen, bei denen die Patienten, die außerhalb ihrer regulären Versorgungsregion versorgt werden wollen, einen nachrangigen Behandlungsanspruch gegenüber den Bewohnern der Versorgungsregion haben sollen. Eine Rationierungsproblematik entsteht in der Regel nicht, weil die Leistung langfristig geplant werden kann.
- b) Hoch spezialisierte Leistungen, die nur an Versorgungsschwerpunkten vorgehalten werden. Im Grundsatz gelten auch für diese Leistungen die unter a) genannten Bedingungen. Allerdings kann ein nachrangiger Behandlungsanspruch bei den hoch spezialisierten Leistungen zu einer „Triage“ – einer direkten Rationierungsentscheidung zwischen zwei Patienten – führen, wenn die Leistung für beide Patienten dringend erforderlich ist. Um so wichtiger ist es, auch für hoch spezialisierte Leistungen Versorgungsregionen zu definieren und entsprechende Kapazitäten (auch grenzüberschreitend) zu planen und zu finanzieren.

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 werden?

Der Beruf des Altenpflegers, den es in den übrigen Mitgliedstaaten außerhalb Deutschlands nicht gibt, ist im Unterschied zum Beruf des Krankenpflegers noch nicht Bestandteil der Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen. Die Richtlinie hat an dieser Stelle Änderungsbedarf.

Frage 7: Gibt es weitere Fragen, bei denen die Rechtssicherheit im Zusammenhang mit einzelnen spezifischen Gesundheits- oder Sozialversicherungssystemen verbessert werden sollte? Insbesondere welche Verbesserung 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?

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 noch nicht genannt sind?

Von den vorgeschlagenen Maßnahmen begrüßt die BAGFW insbesondere

- a) die europäischen Netzwerke von Referenzzentren für seltene Erkrankungen,

- b) Schritte auf der Ebene der Gemeinschaftsebene zur Gewinnung von Erkenntnissen für die Politikgestaltung sowie
- c) Überlegungen zur Folgenabschätzung im Gesundheitswesen.

Zu a) Die Bündelung der Kräfte zur Erforschung und Behandlung seltener Erkrankungen ist notwendig – und die EU kann dabei eine wichtige Rolle spielen. Die Ziele, die Zielgruppen und die Aufgabenbereiche müssten klarer benannt und definiert werden. Es müsste

- das Verfahren für die Anerkennung von Referenzzentren benannt werden;
- die Maßstäbe für die Anerkennung als Referenzzentrum geregelt werden
- das Verhältnis der Referenzzentren zu bestehenden grenzüberschreitenden Versorgungsprojekten und zu bestehenden nationalen und europäischen Initiativen im Forschungsbereich (z. B. European Networks of Excellence, European Rare Diseases Networks, Kompetenzzentren des Bundesministeriums für Bildung und Forschung – BMBF - etc.) müsste geklärt werden;
- die Finanzierung der Patientenversorgung, Forschung und Lehre in den Referenzzentren geklärt werden.

Bei der Entwicklung des Konzepts der Europäischen Referenzzentren müsste Folgendes berücksichtigt werden:

- Der Aufgabenbereich Europäischer Referenzzentren sollte auf seltene Erkrankungen und seltene Behandlungsformen begrenzt werden.
- Die Definition einer angemessenen Versorgungsqualität für die inländische Bevölkerung sollte alleinige Zuständigkeit der Mitgliedstaaten bleiben.
- Die ausschließliche nationale Zuständigkeit für die Kapazitätsplanung in der Krankenversorgung dürften nicht durch die Europäischen Referenzzentren untergraben werden.
- Die nationale Regelungshoheit für Forschung und Lehre sowie die Finanzierung der Versorgung dürfen durch europäische Referenzzentren nicht berührt werden.
- Europäische Referenzzentren dürfen bestehende nationale Initiativen und Strukturen, wie z. B. die vom BMBF geförderten Referenzzentren, nicht gefährden.
- Die Auswahl von Referenzzentren sollte auf objektiven, transparenten Verfahren beruhen und dem Prinzip der Chancengleichheit folgen. Die Eignung der ausgewählten Einrichtungen sollte regelmäßig überprüft werden.
- Die Fragen zur Finanzierung grenzüberschreitender Behandlungsleistungen sowie der Forschung und der Lehre sind umfassend zu klären.

Zu b) Ein Monitoring im Bereich der Gesundheitspolitik ist gerade angesichts der Verschiedenheit der historisch gewachsenen Gesundheitssysteme im Interesse der Bürger/Patienten. Das wichtigste Instrument dazu sollte die OMK Gesundheit und Langzeitpflege darstellen. Allerdings ist die damit verbundene Reduktion der Indikatoren beim derzeitigen Stand der Erkenntnisse nicht sinnvoll. Ergänzend sollte das Gesundheitsmonitoring und der systematische Vergleich verfügbarer Daten (EU, OECD, WHO) intensiviert werden.

Zu c) Eine Folgenabschätzung der geplanten Maßnahmen ist notwendig, u. a. weil bei einer Zunahme der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen die bereits jetzt finanziell angespannte Situation der Krankenversicherungssysteme verschärft werden könnte.

Dies spiegelt sich in der Rechtsprechung des EuGH, der die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat bis zur Höhe der im eigenen Land gültigen Erstattung für zulässig hält.

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 nicht-legislative Mittel geregelt werden?

Die Notwendigkeit von Rechtsvorschriften auf EU-Ebene schätzt die BAGFW angesichts der Kompetenz der Mitgliedstaaten für die Systeme der sozialen Sicherung eher gering ein. Sinnvoll erscheint eine Fortsetzung und Vertiefung der OMK, deren integraler Bestandteil nach unserem Verständnis ein intensiver Dialog mit den Patienten und Akteuren der Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten ist. Diese Beteiligung aller relevanten Akteure muss in allen Mitgliedstaaten eingefordert werden. Die OMK im Bereich Sozialschutz bietet einen geeigneten Rahmen, weil dort Austausch und Transfer von Erkenntnissen stattfinden kann, es also zu Verständigungsprozessen und Lerneffekten kommt, insbesondere auch über die Gemeinsamen Berichte, die Indikatoren und die Leitlinien. Gleichzeitig steht es jedem Mitgliedstaat jedoch frei, die Anregungen aufzugreifen oder eigene Prioritäten zu setzen. Im Sinne föderaler Prinzipien wird dadurch die Innovationsfähigkeit der Gesundheitssysteme gestärkt.

Legislativ sollten lediglich Prinzipien geregelt werden, wie die der allgemeinen Zugänglichkeit zu qualitativ möglichst hochwertigen Gesundheits- und Pflegedienstleistungen.

Berlin/Brüssel, 29. 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.