

DE

DE

DE



KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

Brüssel, den 26. September 2006

MITTEILUNG DER KOMMISSION

Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen

1. EINLEITUNG

Eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung hat für die europäischen Bürger einen hohen Stellenwert¹. Das Recht auf gesundheitliche Versorgung wird auch in der Charta der Grundrechte der EU² anerkannt. Der Europäische Gerichtshof hat klargestellt, dass die Bestimmungen des Vertrags über den freien Verkehr auch für die Gesundheitsdienstleistungen gelten, ungeachtet dessen, wie sie auf einzelstaatlicher Ebene organisiert und finanziert werden. Viele Akteure des Gesundheitswesens haben jedoch um größere Klarheit darüber nachgesucht, was das Gemeinschaftsrecht allgemein für die Gesundheitsdienstleistungen bedeutet. Der Anfang 2004 vorgelegte Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt³ enthielt Vorschriften zur Kodifizierung der Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs zur Anwendung der Grundsätze des freien Verkehrs auf Gesundheitsdienstleistungen. Das Europäische Parlament und der Rat erachteten diesen Ansatz jedoch nicht als sinnvoll und forderten die Kommission auf, spezifische Vorschläge für diesen Bereich zu erarbeiten.

In der jährlichen Strategieplanung für 2007 verpflichtete sich die Kommission zum Aufbau eines Gemeinschaftsrahmens für sichere, hochwertige und effiziente Gesundheitsdienste durch Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und Herstellung von Klarheit und Sicherheit in der Anwendung des Gemeinschaftsrechts auf Gesundheitsdienste und Gesundheitsversorgung⁴. Darin kommt das Engagement der Kommission im Rahmen der bürgernahen Agenda für eine wirksamere Sicherstellung der Rechte der Bürger auf Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung in ganz Europa zum Ausdruck⁵. Außerdem spiegeln sich darin die Ziele des Weißbuchs zu Dienstleistungen von allgemeinem Interesse⁶ wider, nämlich einen systematischen Ansatz zu entwickeln, um den Besonderheiten von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen von allgemeinem Interesse Rechnung zu tragen, und den Rahmen genau abzustecken, in dem diese Dienste funktionieren, als Ergänzung zur kürzlich veröffentlichten Mitteilung über die Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse⁷.

In seinem Bericht von 2005 über die Patientenmobilität und Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der EU rief das Parlament die Kommission dazu auf, Maßnahmen zu einem breiten Spektrum von Themen im Zusammenhang mit der Patientenmobilität und der engeren Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen zu ergreifen. Die Gesundheitsminister verabschiedeten auf der Ratstagung vom 1. Juni 2006 eine „Erklärung zu den gemeinsamen Werten und Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen“⁸, die betont, wie wichtig es ist, „die Werte und Prinzipien zu schützen, auf denen die

¹ Siehe Eurobarometer 63: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb63/eb63_en.htm.

² Siehe Artikel 35 über die Gesundheitsversorgung.

³ KOM(2004) 2 vom 13.1.2004.

⁴ KOM(2006) 122 vom 14 März 2006.

⁵ Siehe KOM(2006) 211 vom 10. Mai 2006, insbesondere S. 5.

⁶ KOM(2004) 374 vom 12. Mai 2004.

⁷ KOM(2006) 177 vom 26. April 2006 „Umsetzung des Gemeinschaftsprogramms von Lissabon – Die Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse in der Europäischen Union“.

⁸ Schlussfolgerungen des Rates über gemeinsame Werte und Prinzipien in den EU-Gesundheitssystemen, 2733. Ratstagung zu Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz, Luxemburg, 1.-2. Juni 2006.

Gesundheitssysteme in der EU beruhen“, und riefen insbesondere zu einer Initiative für die Gesundheitsdienstleistungen auf,

„... mit der für die europäischen Bürger für Klarheit über ihre Rechte und Ansprüche beim Wechsel ihres Aufenthalts von einem EU-Mitgliedstaat in einen anderen gesorgt wird und diese Werte und Prinzipien zur Gewährleistung von Rechtssicherheit in einem Rechtsrahmen verankert werden“.

Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen zu treffen, bedeutet nicht, dass die einzelstaatlichen Gesundheits- oder Sozialversicherungssysteme vereinheitlicht würden. Die Leistungen der verschiedenen Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme sowie deren Organisation verbleiben in der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, im Einklang mit dem Subsidiaritätsprinzip. Gemeinschaftsmaßnahmen bedeuten auch nicht, dass bereits Bestehendes verworfen würde. Die vom EuGH in diesem Bereich bereits festgelegten Grundsätze sind von allen Gemeinschaftsmaßnahmen zu beachten wie alle anderen Gemeinschaftsvorschriften und die Grundsätze, auf denen die europäischen Gesundheitssysteme beruhen; dazu gehören Gleichheit, Solidarität und Universalität.

Die Kommission ist der Auffassung, dass die Gemeinschaftsmaßnahmen auf zwei Säulen beruhen sollten:

- **Rechtssicherheit**, die derzeit sowohl von den Bürgern als auch von den nationalen und lokalen Akteuren des Gesundheitswesens vermisst wird. Es ist notwendig, die breitere Anwendung der EuGH-Entscheidungen zu den Vertragsbestimmungen über die Freizügigkeit von Patienten, Beschäftigten des Gesundheitswesens und den freien Verkehr von Gesundheitsdienstleistungen zu thematisieren. Hierbei steht vor allem die grenzüberschreitende gesundheitliche Versorgung im Mittelpunkt des Interesses; diese hat jedoch Auswirkungen auf alle Gesundheitsdienstleistungen, ob sie nun grenzüberschreitend erbracht werden oder nicht.
- **Unterstützung der Mitgliedstaaten** in Bereichen, in denen ein europäisches Vorgehen einen Mehrwert im Vergleich zu einzelstaatlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen erbringen kann. Dies sollte den für die Gesundheitssysteme Verantwortlichen (einschließlich der Einrichtungen der sozialen Sicherheit) einen klaren gemeinschaftlichen Rechtsrahmen an die Hand geben, auf dessen Grundlage sie handeln und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystemen nutzbar machen können, dort wo sie sinnvoll ist, damit sichere, qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden.

Zweck dieser Mitteilung ist es, eine Konsultation dazu einzuleiten, welche Themen Gegenstand von Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen sein sollten, und welche Instrumente für die verschiedenen Themen geeignet sind. Antworten auf diese Konsultation, die sich um neun spezifische Fragen gruppiert, sollten bis zum 31. Januar 2007 vorgelegt werden.

2. DIE NOTWENDIGKEIT VON GEMEINSCHAFTSMASSNAHMEN IM BEREICH DER GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

2.1. Die Notwendigkeit der Rechtssicherheit

Die Erörterung, ob die Binnenmarktvorschriften auch für in anderen Mitgliedstaaten geleistete gesundheitliche Versorgung gelten, begann erst 1998 nach den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs. Bis dahin beruhte die – nicht privat bezahlte – Behandlung von Patienten im Ausland lediglich auf den Verordnungen über die Koordinierung der Sozialversicherungssysteme, insbesondere auf den Verordnungen (EG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72⁹. Nach diesen Verordnungen haben Patienten, deren Behandlung im Ausland erforderlich wird, Anspruch auf die gleichen Leistungen wie Patienten, die im Gastland versichert sind, wenn sie die Europäische Krankenversicherungskarte verwenden. Sie regeln auch die Übernahme der Kosten für geplante Behandlungen, sofern eine vorherige Genehmigung eingeholt wird, und den Finanzausgleich zwischen dem Heimat- und dem Gaststaat. Dieser Rahmen bleibt bestehen.

1998 legte der Europäische Gerichtshof mit seinen Entscheidungen in zwei Fällen¹⁰ hingegen neue Grundsätze fest, welche die unmittelbare Anwendung der Vertragsartikel über den freien Verkehr auf die Erstattung von im Ausland entstandenen Kosten für gesundheitliche Versorgung betrafen (die so genannte "Patientenmobilität" – siehe Abschnitt 2.2). In seiner Entscheidung stellte der Gerichtshof klar, dass Gesundheitsdienstleistungen, wenn sie gegen Entgelt erbracht werden, als Dienstleistungen im Sinne des EU-Vertrags anzusehen sind; daher sind die entsprechenden Bestimmungen über den freien Verkehr von Dienstleistungen anwendbar. Der EuGH entschied außerdem, dass Maßnahmen, die die Erstattung der in anderen Mitgliedstaaten entstandenen Kosten von einer vorherigen Genehmigung abhängig machen, eine Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs darstellen, obgleich solche Hindernisse durch zwingende Erfordernisse des allgemeinen Interesses gerechtfertigt sein können.

Auf der Basis dieser und folgender Fälle¹¹ hat der EuGH folgende Grundsätze festgelegt:

- Jegliche ambulante Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, kann er auch ohne vorherige Genehmigung in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Die Kosten dieser Versorgung müssen bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde.
- Jegliche stationäre Versorgung, zu der der Bürger in seinem Mitgliedstaat berechtigt ist, kann er mit vorheriger Genehmigung auch in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen. Diese Genehmigung muss erteilt werden, wenn das eigene Gesundheitssystem die Versorgung nicht innerhalb der entsprechend der Erkrankung medizinisch notwendigen Frist sicherstellen kann. Die Kosten dieser Versorgung müssen mindestens bis zu der Höhe erstattet werden, die auch für die Versorgung im eigenen Land erstattet würde.

⁹ ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2 und ABl. L 74 vom 27.3.1972, S.1, in der zuletzt geänderten Fassung.

¹⁰ Rechtssache C-158/96 Kohll [1998] ECR I-1931 und Rechtssache C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831.

¹¹ Zum Beispiel Rechtssache C-368/98 Vanbraekel [2001] ECR I-5363; Rechtssache C-157/99 Smits und Peerbooms [2001] ECR I-5473; Rechtssache C-56/01 Inizan [2003] ECR I-12403; Rechtssache C-8/02 Leichtle [2004] ECR I-2641; Rechtssache C-385/99 Müller-Fauré und Van Riet [2003] ECR I-4503.

Die Entscheidung in der Rechtssache *Watts* vom 16. Mai 2006¹² brachte zwei weitere Klarstellungen. Erstens hatten einige Mitgliedstaaten, deren Gesundheitssysteme öffentlich finanziert werden, argumentiert, dass die Vertragsbestimmungen über den freien Dienstleistungsverkehr nicht auf sie anwendbar seien; mit der Entscheidung im Fall *Watts* wurde jedoch bestätigt, dass dies sehr wohl der Fall ist. Zweitens argumentierten einige Mitgliedstaaten, dass die Bestimmung des Artikels 152 Absatz 5 des Vertrags *"Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt"* verbindlichen gemeinschaftsrechtlichen Verpflichtungen in Bezug auf die Gesundheitssysteme entgegenstehe. In seiner Entscheidung erklärte der Gerichtshof, dass diese Bestimmung nicht die Möglichkeit ausschließe, dass die Mitgliedstaaten nach anderen Vorschriften des Vertrags, wie beispielsweise Artikel 49 EGV oder nach Gemeinschaftsmaßnahmen, die auf der Grundlage des Vertrags angenommen wurden, wie beispielsweise Artikel 22 der Verordnung (EG) Nr. 1408/71, verpflichtet seien, ihre einzelstaatlichen Sozialversicherungssysteme anzupassen.

Die Entscheidungen des Gerichtshofs als solche sind klar, und es kann keine Voraussetzung für die Wahrnehmung der vom Gerichtshof anerkannten Patientenrechte verlangt werden. Dennoch ist es notwendig, für mehr Klarheit zu sorgen, um eine allgemeine und effektive Anwendung der Rechte auf Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen. Dazu sind folgende Fragen zu thematisieren:

- ob es gemeinsame Werte und Grundsätze für die Gesundheitsdienstleistungen gibt, auf die die Bürger sich in der gesamten EU verlassen können, und welche praktischen Fragen für Bürger zu klären sind, die sich in einem anderen Mitgliedstaat gesundheitlich versorgen lassen möchten;
- welchen Spielraum die Mitgliedstaaten haben, um ihre Systeme selbst zu regeln, ohne den freien Verkehr ungerechtfertigt zu behindern;
- wie eine größere Wahlfreiheit bei der Wahrnehmung individueller Ansprüche mit der finanziellen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme insgesamt zu vereinbaren ist;
- wie eine angemessener finanzieller Erstattungsmechanismus für grenzüberschreitende gesundheitliche Versorgung durch die „aufnehmenden“ Gesundheitssysteme sichergestellt werden kann;
- wie Patienten oder entsprechende Berufsangehörige Dienstleistungserbringer in anderen Ländern ermitteln, auswählen oder vergleichen können;
- welcher Zusammenhang zwischen Gesundheitsdienstleistungen und damit verbundenen Dienstleistungen wie Sozial- und Pflegedienstleistungen besteht.

Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Mitteilung.

2.2. Verschiedene Arten grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung

Patientenmobilität ist nur eine der möglichen vier Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die alle Gegenstand dieser Konsultation sind. Unterschieden werden:

¹² Rechtssache C-372/04 *Watts*, Entscheidung vom 16. Mai 2006, noch nicht veröffentlicht.

- grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen (vom Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates zum Hoheitsgebiets eines anderen), wie telemedizinische Dienstleistungen, Ferndiagnose, Fernverschreibung oder Laborleistungen;
- Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Ausland (d. h. ein Patient fährt zur Behandlung zu einem Dienstleistungserbringer in einen anderen Mitgliedstaat); dies wird als „Patientenmobilität“ bezeichnet. Wie oben ausgeführt, soll die Europäische Krankenversicherungskarte die Versorgung abdecken, die bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat aus anderen Gründen erforderlich wird;
- ständiger Aufenthalt eines Dienstleistungserbringers (d. h. Niederlassung eines Dienstleistungserbringers in einem anderen Mitgliedstaat), wie beispielsweise lokale Klinikfilialen großer Dienstleistungserbringer und
- vorübergehender Aufenthalt von Personen (d. h. Freizügigkeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe, die beispielsweise vorübergehend in den Mitgliedstaat des Patienten fahren, um dort ihre Dienstleistungen zu erbringen).

2.3. Die Bedeutung der Gemeinschaftsmaßnahmen für die allgemeinen Ziele der Gesundheitssysteme

Europäische Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen werden zwangsläufig auch zu den weiteren Herausforderungen beitragen, vor denen die Gesundheitssysteme stehen, über den spezifischen Sachverhalt der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung hinaus. Die Kosten der Gesundheitssysteme für die öffentliche Hand sind in den letzten Jahren erheblich schneller gestiegen als die Inflationsrate, und ihr Anstieg bis zum Jahr 2050 wird in den meisten Mitgliedstaaten auf ein bis zwei Prozent des BIP geschätzt, als direktes Ergebnis der demografischen Entwicklung¹³. Diese Prognosen künftiger Kostenentwicklung unterliegen allerdings in hohem Maße Veränderungen der Kosten für die Leistung eines bestimmten Versorgungspakets. Der Schlüssel für die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme liegt daher in der Kostendämpfung und der Effizienzsteigerung, zusammen mit Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung, damit die Bürger möglichst viele Jahre gesund leben können – wie mit dem Indikator gesunde Lebensjahre gemessen. Will man die künftige Nachhaltigkeit der Systeme der gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Sicherheit gewährleisten, so sind Anstrengungen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität zu unternehmen und gleichzeitig die gemeinsamen europäischen Ziele der flächendeckenden qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung auf finanziell nachhaltiger Basis und nach den Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit, Gleichheit und Solidarität zu wahren.

Der praktische Nutzen der europäischen Zusammenarbeit hat sich bereits in der zunehmenden grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der gesundheitlichen Versorgung über die meisten Binnengrenzen der Union hinweg erwiesen. Es kann sein, dass das nächstgelegene Krankenhaus für Patienten in Grenzregionen in einem Nachbarstaat liegt. Bei kleineren Mitgliedstaaten ist es nicht immer effizient oder sicher, spezialisierte Diagnosen oder Versorgung zu leisten, wenn es nicht genügend Patienten gibt, um die spezialisierten Fachkenntnisse der Beschäftigten des Gesundheitswesens aufrechtzuerhalten oder die Investitionen in die nötige Ausrüstung zu rechtfertigen. Die aus der bestehenden

¹³ The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), European Economy Special Report 1/2006, DG ECFIN.

Zusammenarbeit gezogenen Lehren sollten in die künftigen Gemeinschaftsmaßnahmen einfließen.

Zusammenarbeit bedeutet nicht nur, dass sich Patienten von einem Land in ein anderes begeben, sondern auch, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe mobil sind. Außerdem sind komplexere Strukturen wie die Vernetzung von Referenzzentren und Know-how-Transfer erforderlich. Informations- und Kommunikationstechnologien (E-Health, Gesundheitstelematik) können die Mobilität und die Kontinuität der Versorgung unterstützen und sogar eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ermöglichen, ohne dass der Patient oder der Erbringer der Gesundheitsdienstleistung sein eigenes Land verlassen muss. Andererseits ist die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung schon häufig auf Probleme gestoßen, die mit unvereinbaren Vorschriften der betreffenden Länder und dem Fehlen eines transparenten Rechtsrahmens sowie einer europäischen Kooperationsstruktur zusammenhängen¹⁴. Obwohl die Richtlinie 95/46/EG zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr¹⁵ spezifische Vorschriften für Gesundheitsdaten enthält, sind diese Vorschriften im Gesundheitswesen möglicherweise nicht hinreichend bekannt.

Die "offene Koordinierungsmethode" für die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege entwickelt Informationsaustausch, Peer Review und Vergleiche, und die Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung¹⁶ entwickelt praktische Zusammenarbeit in Fragen der Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen. Die europäische Wettbewerbspolitik trägt ebenfalls dazu bei, gleiche Voraussetzungen für alle Wirtschaftsakteure zu schaffen, die Gesundheitsdienstleistungen erbringen und finanzieren; sie kann zudem an der Entwicklung und Verbesserung effizienter Dienstleistungen mitwirken. Die EU-Forschungsrahmenprogramme leisten ebenfalls einen Beitrag zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität aller europäischen Gesundheitssysteme. Der Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste¹⁷ hilft dabei, sichere gesundheitstelematische Infrastrukturen, Systeme und Dienste aufzubauen, und die Strukturfonds fördern Investitionen in die Infrastruktur des Gesundheitswesens im Allgemeinen. Dennoch bleibt noch viel zu tun, um das Potenzial für die europäische Zusammenarbeit zu verwirklichen.

2.4. Wesen und Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Es bedarf einer sorgfältigen Analyse der wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sowohl auf die Bürger als auch auf die Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme im Allgemeinen. Dies sollte die

¹⁴ Siehe „Patientenmobilität in der Europäischen Union – aus Erfahrung lernen“, Hrsg. Magdalene Rosenmöller, Martin Mckee und Rita Baeten, veröffentlicht von der Weltgesundheitsorganisation 2006 für das Projekt „Europe 4 Patients“ (Europa für Patienten) und dem Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (ISBN 92 890 2287 6) und gefördert durch das Sechste Gemeinschaftliche Rahmenprogramm für Forschung und technologische Entwicklung.

¹⁵ ABl. L 281 vom 23.11.1995.

¹⁶ Diese Gruppe setzt sich aus hochrangigen Vertretern der Mitgliedstaaten zusammen, wobei weitere Beteiligte zu einzelnen Themen beitragen. Sie wurde eingesetzt, um die Empfehlungen des Reflexionsprozesses auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union gemäß der Mitteilung KOM(2004) 301 vom 20. April 2004 voranzubringen.

¹⁷ KOM(2004) 356 „Elektronische Gesundheitsdienste - eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste“.

Auswirkungen auf die „Aufnahmeländer“ (einschließlich geeignete Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) und insbesondere kleinere Mitgliedstaaten umfassen, sowie den möglichen Nutzen und die Skaleneffekte, die sich durch die europäische Zusammenarbeit erzielen lassen.

Patienten ziehen es im allgemeinen vor, so wohnortnah wie möglich versorgt zu werden, und der Umfang der Patientenmobilität ist derzeit relativ gering. Er wird auf etwa 1 % der öffentlichen Gesamtausgaben für die gesundheitliche Versorgung geschätzt. Diese Zahl stellt jedoch nur eine grobe Schätzung dar, denn die meisten Gesundheitssysteme in Europa verfügen nicht über die nötigen Daten für ein genaues Bild. Es ist klar, dass sich grundsätzlich mehr Patienten für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung interessieren¹⁸. Doch der Mangel an Informationen über Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung in anderen Mitgliedstaaten und das Fehlen eines transparenten Rahmens schrecken viele davon ab, eine Behandlung im Ausland zu suchen, selbst wenn dies angebracht wäre.

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?

3. BEREICHE MÖGLICHER GEMEINSCHAFTSMASSNAHMEN

3.1. Rechtssicherheit

Es bedarf größerer Klarheit, um die allgemeine Anwendung der Vertragsbestimmungen über den freien Verkehr auf die Gesundheitsdienstleistungen im Anschluss an die oben ausgeführten Rechtsentwicklungen zu erleichtern. In den folgenden vier Abschnitten werden vier möglicherweise anzuschneidende Fragenkomplexe und die jeweiligen Konsultationsfragen dargelegt.

3.1.1. Mindestinformations- und -klärungsbedarf zur Ermöglichung grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung

Dazu könnte die Klärung der Verfahren und Voraussetzungen für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung gehören, beispielsweise die Klärung der vom Gerichtshof genannten Bedingung, dass eine Genehmigung für die Versorgung im Ausland erteilt werden muss, wenn diese Versorgung im Inland nicht ohne zumutbare Verzögerung geleistet werden kann. (Hier sollten jedoch die Verfahren im Vordergrund stehen und nicht ein bestimmter Zeitraum festgesetzt werden). Einbezogen werden könnten ebenfalls Mechanismen, durch die Patienten Widerspruch gegen Entscheidungen über grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung einlegen könnten (vielleicht Vorschriften für die Angabe und Bekanntmachung von Widerspruchsverfahren und -fristen).

Darüber hinaus reicht es nicht aus, einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung in anderen Mitgliedstaaten zu haben, solange Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht die entsprechenden Informationen zur Verfügung stehen,

¹⁸ Siehe weitere Ergebnisse des Projekts „Europe for patients“ (Europa für Patienten) www.europe4patients.org.

damit sie sich in Kenntnis der Sachlage für bestimmte Behandlungen und Dienstleistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten entscheiden können. Auch sollte die Übermittlung gesundheitsbezogener Daten zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen sichergestellt werden, wobei auf den bereits laufenden Arbeiten zur Entwicklung von Kompatibilitätsstandards für elektronische Patientenakten oder der Europäischen Gesundheitskarte als Zugang zu den wichtigsten Gesundheitsdaten für die Bürger aufgebaut werden kann.

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?

3.1.2. *Ermittlung der zuständigen Behörden und ihrer Zuständigkeiten*

Besonders wichtig für die Anwendung der Binnenmarktvorschriften ist es, Klarheit darüber zu gewinnen, welche Behörden der Mitgliedstaaten für die Aufsicht über die Gesundheitsdienstleistungen der jeweiligen in Abschnitt 2.2 oben beschriebenen Arten zuständig sind. Welche Behörde ist beispielsweise dafür zuständig, Qualität und Sicherheit der Gesundheitsdienstleistungen zu gewährleisten, die für Bürger aus anderen Mitgliedstaaten erbracht werden, und welches Klage- und Schadensersatzsystem sollte für die verschiedenen Arten der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen gelten?

Im Einzelnen ist zudem die Kontinuität der Versorgung zu berücksichtigen, wenn ein Patient in einen anderen Mitgliedstaat zu einer spezifischen Intervention überwiesen wird und danach in sein eigenes Land zurückkehrt oder wenn die Versorgung von einem Dienstleistungserbringer geleistet wird, der sich vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat aufhält.

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?

3.1.3. *Haftung für durch Gesundheitsversorgung entstandene Schäden und Schadensersatz bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*

Obwohl die gesundheitliche Versorgung den Patienten natürlich nutzen soll, kommt es vor, dass Patienten durch Kunstfehler oder Unterlassungen Schaden erleiden. Damit hängt die wichtige Frage zusammen, wer dafür verantwortlich ist, die Sicherheit des Patienten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, wie Patienten entschädigt werden, wenn sie Schaden erleiden, welche Haftungsvorschriften im Schadensfalle gelten und wie die entsprechenden Fehler verfolgt werden.

Hier kann es erforderlich sein, innerhalb der Gesundheitssysteme wirksame Melde- und integrierte Lernsysteme einzurichten. Wenn Schaden verursacht wird, sollte es einen klaren Mechanismus für geeigneten Schadensersatz und Weiterverfolgung geben, um die Wiederholung der Fehler zu vermeiden.

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?

3.1.4. Sicherstellung ausgewogener Gesundheitsversorgung für alle

Zwar ist der Gesamtumfang der Patientenmobilität relativ gering, doch kann ihr Anteil unter folgenden Umständen höher sein¹⁹:

- in Grenzregionen oder an beliebten Urlaubszielen, wo es vorkommen kann, dass mehr als die Hälfte der Patienten aus dem Ausland kommen;
- bei ambulanter, wie zum Beispiel zahnmedizinischer Versorgung. In einigen der neuen Mitgliedstaaten machen beispielsweise in einigen Zahnkliniken ausländische Patienten ein Drittel der gesamten Patientenzahl aus.

Es muss größere Klarheit darüber geschaffen werden, welche Möglichkeiten die Mitgliedstaaten haben, in denen die Behandlung stattfindet (d. h. die „Aufnahmeländer“), um sicherzustellen, dass die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten nicht die ausgewogene gesundheitliche Versorgung für alle oder die allgemeine Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems des betreffenden Mitgliedstaats beeinträchtigt (beispielsweise, was die Organisation und Bereitstellung von Leistungen betrifft).

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“)?

3.1.5. Sonstiges

Auch sollte mehr Klarheit über ethische Fragen und die Möglichkeit der Mitgliedstaaten bestehen, unterschiedliche Entscheidungen darüber zu treffen, welche Leistungen sie für angemessen halten (beispielsweise Fertilitätsbehandlung).

Der Freizügigkeit der Beschäftigten des Gesundheitswesens wird in den gemeinschaftlichen Rechtsvorschriften²⁰ bereits umfassend Rechnung getragen. Gleichwohl sind vielleicht noch weitere Themen im spezifischen Zusammenhang mit den Gesundheitsdienstleistungen zu berücksichtigen, entweder was den vorübergehenden Aufenthalt von Beschäftigten des Gesundheitswesens oder die Niederlassung von Dienstleistungserbringern in anderen Mitgliedstaaten anbelangt.

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?

¹⁹ Siehe „Patientenmobilität in der Europäischen Union – aus Erfahrungen lernen“, a.a.O.

²⁰ Siehe insbesondere Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22-143.

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?

3.2. Unterstützung der Mitgliedstaaten

Im Reflexionsprozess über Patientenmobilität²¹ haben die Gesundheitsminister und andere Beteiligte auch Bereiche ermittelt, in denen die Skaleneffekte zwischen allen Mitgliedstaaten koordinierter Maßnahmen den einzelstaatlichen Gesundheitssystemen einen Mehrwert bringen können. Einige Fortschritte wurden auf diesem Gebiet bereits durch die Arbeit der Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung²² erzielt, und das Siebte Gemeinschaftliche Forschungsrahmenprogramm wird die Forschungszusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen fördern. Gleichwohl bedarf es eines förmlicheren Rahmens auf EU-Ebene, um sicherzustellen, dass die Maßnahmen wirksam und auf nachhaltige Weise umgesetzt werden.

3.2.1. Europäische Netze von Referenzzentren

Einige Arten von Gesundheitsdienstleistungen erfordern eine bestimmte Konzentration von Ressourcen oder Know-how, beispielsweise für seltene Erkrankungen. Die europaweite Vernetzung solcher Referenzzentren würde dazu beitragen, eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Versorgung zu leisten, und damit sowohl den Patienten als auch den Gesundheitssystemen nutzen sowie die höchstmögliche Qualität der Versorgung fördern.

3.2.2. Verwirklichung des Potenzials von Innovationen im Gesundheitswesen

Zu den wesentlichen Herausforderungen, vor denen die Gesundheitsdienstleistungen stehen, gehören der Umgang mit Innovationen und die Gewährleistung, dass die Versorgung auf der Grundlage der besten wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgt. Die Zusammenarbeit bei der Erarbeitung gemeinsamer Kriterien, um eine solche Erkenntnisgrundlage zu schaffen, wird dazu beitragen, vorbildliche Verfahren zu verbreiten, Doppelarbeit zu vermeiden und gemeinsame Kerninformationspakete und –verfahren zu entwickeln, die dann von den Mitgliedstaaten verwendet werden können, um die neuen Technologien, Therapien und Verfahren bestmöglich zu nutzen.

²¹ Weitere Informationen und der Wortlaut des Berichts über den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über Patientenmobilität und die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union siehe http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_de.htm
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

²² Siehe http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_de.htm.

3.2.3. *Eine gemeinsame Erkenntnisgrundlage für die Politikgestaltung*

Die derzeit vorhandenen Mechanismen zur Sicherstellung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsdienstleistungen müssen gestärkt werden. Dort, wo wir europaweit Ergebnisse vergleichen konnten (zum Beispiel bei Krebs)²³, haben diese Vergleiche große Abweichungen der Verfahren und Ergebnisse gezeigt. Die Verbesserung der Verfügbarkeit und der Vergleichbarkeit von Indikatoren und Daten über die gesundheitliche Versorgung kann die Grundlage liefern, um die gesundheitliche Versorgung in ganz Europa zu verbessern. Einige operative Mechanismen (wie beispielsweise eine Beobachtungsstelle) können erforderlich sein, um auf europäischer Ebene für Monitoring und Zusammenarbeit zu sorgen.

3.2.4. *Folgenabschätzung im Gesundheitswesen*

Die Auswirkungen auf Gesundheitssysteme sind bereits Bestandteil der integrierten Kommissionsleitlinien für Folgenabschätzung. Eine klare Methodik für die Folgenabschätzung der Gemeinschaftsvorschläge für die Gesundheitssysteme wird von der Hochrangigen Gruppe derzeit erarbeitet. Deren Umsetzung wird der Kommission helfen, eine geeignete Regelung sicherzustellen, welche die Ziele der Systeme der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt.

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?

4. MITTEL UND INSTRUMENTE FÜR GEMEINSCHAFTSMASSNAHMEN

4.1. Optionen für Instrumente

Es gibt ein breites Spektrum möglicher Instrumente, um auf Gemeinschaftsebene im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen tätig zu werden. Rechtssicherheit würde am besten durch ein verbindliches Rechtsinstrument erzielt. Dies könnte eine Verordnung oder eine Richtlinie sein (beispielsweise auf der Grundlage des Artikels 95), obwohl die geeignete Form erst nach Berücksichtigung der Ergebnisse dieser Konsultation erwogen werden sollte. Auch wird das System der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit durch den Ersatz der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72²⁴ modernisiert.

Eine Kommissionsauslegung der Rechtsprechung (z. B. eine Mitteilung zu Auslegungsfragen) könnte für weitere Klarheit sorgen. In der Tat hat die Kommission bereits 2004 eine Mitteilung über Patientenmobilität und die

²³ Als Beispiel sei Blasenkrebs genannt: trotz allgemein ansteigender Überlebensraten gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Überlebensraten in den einzelnen Ländern Europas, wobei die Fünfjahresüberlebensraten von 78 % in Österreich bis 47 % in Polen und Estland variieren (in EUROCARE 3 – Überlebensraten der Krebspatienten in Europa; siehe <http://www.eurocare.it/>). Auch wiesen die Schlussfolgerungen des EU-Gipfels von Juni 2006 auf die Notwendigkeit hin, die Behandlung von seltenen Krankheiten auf EU-Ebene zu verbessern.

²⁴ Siehe KOM(2006) 16 endg. vom 31. Januar 2006.

Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der EU²⁵ veröffentlicht, die eingehend die Grundsätze dargelegt hat, wie das Gemeinschaftsrecht in diesem Bereich anzuwenden ist. Dies wurde zwar begrüßt, hat sich aber eindeutig nicht als ausreichende Reaktion auf die spezifischen Probleme erwiesen.

Es gibt noch weitere nichtlegislative Optionen, wie die praktische Zusammenarbeit in der Hochrangigen Gruppe für das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung. Die offene Koordinierungsmethode wird eingesetzt, um einen gemeinsamen Rahmen zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Reform und der Weiterentwicklung der von den Sozialversicherungssystemen getragenen gesundheitlichen Versorgung und der Langzeitpflege bereitzustellen²⁶. Dies kann nützlich sein, um die praktische Agenda der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten voranzubringen, obwohl auf diese Weise keine Rechtssicherheit geschaffen werden könnte.

Einige oder alle dieser Instrumente könnten in einem Gesamtpaket von Gemeinschaftsmaßnahmen miteinander kombiniert werden. Will man Rechtssicherheit schaffen, so sind jedoch mindestens einige Bereiche durch Legislativmaßnahmen zu regeln. Andere Fragen ließen sich durch flexiblere Mechanismen wie Empfehlungen, Mitteilungen oder Leitlinien behandeln. Auch muss wahrscheinlich die praktische Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitssystemen (z. B. die Vernetzung von Referenzzentren) verstärkt werden, um sicherzustellen, dass es konkrete Strukturen gibt, welche die Zusammenarbeit in der Praxis ermöglichen.

Angesichts der ständigen Reform der Gesundheitssysteme ist auch ein Mechanismus erforderlich, der diese Instrumente und Vorschriften auf dem neuesten Stand 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 nichtlegislative Mittel geregelt werden?

²⁵ KOM(2004) 301 vom 20. April 2004 „Reaktion auf den Reflexionsprozess auf hoher Ebene über die Patientenmobilität und die Entwicklungen der gesundheitlichen Versorgung in der Europäischen Union“.

²⁶ Siehe KOM(2004) 304 vom 20. April 2004.

5. DIE NÄCHSTEN SCHRITTE

Antworten auf diese Konsultation, die sich um neun spezifische Fragen gruppiert, sollten der Kommission bis zum 31. Januar 2007 übermittelt werden, und zwar per E-Mail an health-services-consultation@ec.europa.eu oder per Post an:

Europäische Kommission

Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz

Konsultation Gesundheitsdienstleistungen

B232 8/102

B-1049 Brüssel

Belgien

Alle eingegangenen Beiträge werden veröffentlicht, sofern dies nicht ausdrücklich untersagt wird. Im Anschluss an diese Konsultation beabsichtigt die Kommission, im Jahre 2007 geeignete Vorschläge vorzulegen.