

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG
EUROPAVERTRETUNG

MAISON EUROPEENNE DE LA PROTECTION SOCIALE

Rue d' Arlon 50, B-1000 Bruxelles
Telefon: +32 2 230.75.22
Telefax: +32 2 230.77.73
E-Mail: dsv@esip.org
www.deutsche-sozialversicherung.de



Gemeinsamer Änderungsvorschlag

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

und

**Arbeitsgemeinschaft
der Spitzenverbände der Krankenkassen**

**AOK-Bundesverband Bonn
BKK Bundesverband, Essen
Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundesknappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg**

**zum Vorschlag der EU-Kommission
"Dienstleistungen im Binnenmarkt" (KOM/2004/0002)**

21. März 2005

Vorschlag der EU-Kommission

**Änderungsvorschlag
für das Europäische Parlament**

Artikel 2 Abs. 2 (neu)

d) Dienstleistungen des Gesundheitswesens, die unter Artikel 152 Absatz 5 EGV fallen.

Begründung:

Der Vorschlag einer Dienstleistungsrichtlinie in seiner derzeitigen Fassung kollidiert mit der Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation ihres Gesundheitswesens nach Artikel 152 Abs. 5 EG-Vertrag (EGV) und Artikel III-278 Abs. 7 des Vertrages über eine Verfassung für Europa (Europäischer Verfassungsvertrag) und führt im Gesundheitssektor zu großer Rechtsunsicherheit.

Mangels klarer Formulierungen und definitorischer Abgrenzungen könnte der Richtlinienvorschlag so interpretiert werden, dass

- sämtliche innerstaatlichen Genehmigungsverfahren, die die Mitgliedstaaten in Ausübung ihrer nationalen Gestaltungshoheit zur Kosten- und Mengensteuerung sowie zur Qualitätssicherung vorsehen, in den Anwendungsbereich der Richtlinie fallen und damit im Hinblick auf ihre Beibehaltung zu überprüfen, ggf. abzuschaffen oder anzupassen und jedenfalls zu vereinfachen sind;*
- ein Dienstleister, der seinen Heil- bzw. Gesundheitsberuf vorübergehend in einem anderen Mitgliedstaat ausübt, die im Aufnahmemitgliedstaat erbrachten Gesundheits-/Pflegedienstleistungen zu Lasten des dortigen nationalen Gesundheitssystems abrechnen kann, ohne einen entsprechenden Vertrag oder Zulassung zu haben, jedoch im Hinblick auf Inhalt und Qualität der Leistungen, Haftungsregeln etc. nur den Rechtsvorschriften seines Herkunftslandes unterliegt.*

Solche Eingriffe in die im EG-Vertrag bzw. Europäischen Verfassungsvertrag verbürgte mitgliedstaatliche Gestaltungshoheit im Gesundheitswesen sind nicht nur unverhältnismäßig, sie würden auch sämtliche nationalen Mengen-, Kostensteuerungs- und Qualitätssicherungselemente im Gesundheitswesen des Aufnahmemitgliedstaates ins Leere laufen lassen und damit die Grundzüge der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme in Frage stellen.

Fazit:

Mit gutem Grund definiert der EGV die Ausnahmeregelung des Art. 152 Abs. 5 für den Gesundheitsbereich. Die hierfür ausschlaggebenden Gründe gelten unverändert, wie die Europäische Verfassung bestätigt. Die Anwendung der Dienstleistungsrichtlinie steht hierzu offensichtlich im Widerspruch und stellt einen Eingriff in die nationale Gestaltungshoheit mit weit reichenden Folgen dar. Der soziale Gesundheitsbereich sichert die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Damit sind zugleich Finanz- und Qualitätsanforderungen verbunden, die nicht unterlaufen werden dürfen. Daher muss der soziale Gesundheitsbereich, dessen Ausgestaltung nach EGV national erfolgt, aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen werden.

Anlage

Ausführliche Begründung:

Dienstleistungen des Gesundheitswesens unterliegen gemäß Art. 152 Abs. 5 EGV der nationalen Gestaltungshoheit. In Ausübung dieser Gestaltungshoheit hat der nationale Gesetzgeber bereits definiert, welche Leistungen in welcher Finanzierungsform erbracht werden, denn entscheidend ist, dass das Ziel einer umfassenden, qualitativ hochwertigen und langfristig finanzierbaren Gesundheitsversorgung erreicht wird. Die Art und Weise der Zielerreichung obliegt daher allein den Mitgliedstaaten.

Aufbauend auf diesem Grundsatz ergeben sich folgende Konsequenzen: Die Herausnahme des in allen Mitgliedstaaten von Umverteilung und allgemeinem Zugang geprägten sozialen Gesundheitsbereichs aus der Dienstleistungsrichtlinie ist zwingend erforderlich, um die nationalen Mengen-, Kostensteuerungs- und Qualitätssicherungsinstrumente nicht zu gefährden.

Die Patienten und Versicherten müssen im Gesundheitsbereich gerade vor der Anwendung des Herkunftslandprinzips geschützt werden. Durch die Einführung des Herkunftslandprinzips würden bis zu 25 verschiedene Rechtssystematiken und Einzelregelungen in einem Mitgliedstaat gleichzeitig Anwendung finden, z. B. die Qualitätserfordernisse oder Haftungsfragen betreffend, abhängig davon, aus welchem Land der Leistungserbringer stammt. Dies ist eine für Patienten unübersichtliche und unzumutbare Situation, die nicht eintreten darf und die auch dem Transparenzgedanken der Dienstleistungsrichtlinie widerspricht. Im Fall einer notwendigen – möglicherweise unaufschiebbaren – Behandlung kann dem Patienten nicht zugemutet werden, Vor- und Nachteile dieser Regelungen selbst herauszufinden. Vielmehr muss er sich auf einheitliche Qualitäts- und Haftungsregelungen innerhalb eines Mitgliedstaates verlassen können.

Nach dem Herkunftslandprinzip bestünden die deutschen Rechtsvorschriften im Gesundheits- und Pflegebereich in Deutschland nur noch für die deutschen Anbieter von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, nicht für jene, die ihre Niederlassung im EU-Ausland haben und in Deutschland vorübergehend tätig werden. Auf Grund der zahlreichen ordnungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen im Gesundheits- und Pflegebereich und der damit verbundenen Verpflichtung zur Einhaltung kostenrelevanter Qualitätsstandards, die in Deutschland aber nicht europaweit gelten, hätten die deutschen Leistungserbringer einen nicht unerheblichen Wettbewerbsnachteil gegenüber Leistungserbringern aus dem EU-Ausland.

Es bestünde die Gefahr, dass die Bestimmungen zur Qualitätssicherung und die Bemühungen um die (Weiter-)Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheits- und Pflegebereich unterlaufen würden, z. B. durch Verlagerung des Geschäftssitzes in einen anderen Mitgliedstaat mit geringen Schutzbestimmungen. Auf jeden Fall würden die deutschen Leistungserbringer versuchen, die rechtliche Gleichstellung mit der ausländischen Konkurrenz einzuklagen (Stichwort: Inländerdiskriminierung).

*Ausnahmeregelungen, wie sie u. a. Art. 17 Nr. 17 des Richtlinienvorschlags vorsieht, sind zu eng gefasst und reichen nicht aus. Als erforderliche Kriterien für die Erfüllung des Ausnahmetatbestands werden dort genannt: die unmittelbare Verknüpfung einer spezifischen Anforderung in einem Mitgliedstaat [...] mit den besonderen Merkmalen des **Ortes** und die **Unerlässlichkeit** eben dieser spezifischen Anforderung zum Schutze der öffentlichen Gesundheit.*

*Gemeinsamer Änderungsvorschlag vom 21. März 2005
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und
der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen
zum Vorschlag der Kommission für eine Richtlinie über "Dienstleistungen im Binnenmarkt"*

Aber: Erstens sind notwendige Steuerungsinstrumente nicht zwangsläufig räumlich auf den Ort der Dienstleistungserbringung begrenzt, vgl. z. B. Bedarfsplanung, Qualitätsanforderungen, Zulassungsbestimmungen. Zweitens kann eine singuläre Anforderung für sich genommen zwar erlässlich erscheinen, im feinregulierten Zusammenspiel mit anderen Massnahmen aber sehr wohl unerlässlich sein. Das Kriterium der Unerlässlichkeit ist zu eng gefasst. Daher ist diese Regelung § 17 Nr. 17 unzureichend.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die geplante EU-Richtlinie "Über die Anerkennung von Berufsqualifikationen" angepasst werden muss.

Die Einrichtungen der sozialen Sicherheit folgen den Prinzipien der Solidarität ("Gesunde für Kranke, Reiche für Arme, Junge für Alte") und Subsidiarität und sehen Umverteilungselemente auf der Finanzierungsseite und einen allgemeinen Zugang zu Gesundheitsleistungen für die Versicherten und Patienten auf der Leistungsseite vor. Die nationale Ausgestaltung ist dabei jeweils unterschiedlich.

Immer gilt jedoch, dass ein finanzieller Ausgleich, entweder über das Steuersystem, z. B. durch den Ausgleich von Einkommensunterschieden, oder anderweitig, z. B. in Form eines Risikostrukturausgleichs, stattfindet. Dieser Ausgleich ist unabhängig von der Rechtsform des jeweiligen Trägers. Maßgebender Grundsatz ist, dass das Ziel einer langfristigen Finanzierung für eine umfassende, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erreicht wird. Die Art und Weise der Zielerreichung obliegt allein den Mitgliedstaaten und kann in unterschiedlichen Rechtsformen und sowohl steuer- wie beitragsfinanziert ausgestaltet sein.

Bei der Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme, insbesondere des Gesundheitsschutzes, sind sowohl die nationale politische Gestaltungsverantwortung nach Art. 152 Abs. 5 wie auch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zu beachten, die wirksame Steuerungselemente in verschiedenen Urteilen ausdrücklich bestätigt hat, z. B. EuGH-Urteil in den verbundenen Rechtsachen C-264/01, C-306/01, C-354/01 und C-355/01, AOK-Bundesverband u. a./Ichthyol-Gesellschaft, Cordes, Hermani & Co. U.a. vom 16.03.2004 (Festbetragsurteil).

Mit der Dienstleistungsrichtlinie soll die grenzüberschreitende Dienstleistungsausübung erleichtert werden. Dieses Ziel ist grundsätzlich zu begrüßen. Für den Gesundheitsbereich würden sich hierdurch jedoch besondere und nachteilige Folgewirkungen für die nationale Gesundheitsversorgung ergeben, die die in Art. 152 Abs. 5 EGV getroffene Grundsatzentscheidung konterkarieren würden. So können sowohl im Zuwanderungs- als auch im Abwanderungsland Probleme entstehen: Im Zuwanderungsland können sich Folgen für die Bedarfsplanung ergeben, im Abwanderungsland kann Unterversorgung auftreten. Damit kann die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in beiden Staaten gefährdet werden.

Fazit:

Mit gutem Grund definiert der EGV die Ausnahmeregelung des Art. 152 Abs. 5 für den Gesundheitsbereich. Die hierfür ausschlaggebenden Gründe gelten unverändert, wie die Europäische Verfassung bestätigt. Die Anwendung der Dienstleistungsrichtlinie steht hierzu offensichtlich im Widerspruch und stellt einen Eingriff in die nationale Gestaltungshoheit mit weit reichenden Folgen dar. Der Soziale Gesundheitsbereich sichert die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Damit sind zugleich Finanz- und Qualitätsanforderungen verbunden, die nicht unterlaufen werden dürfen. Daher muss der soziale Gesundheitsbereich, deren Ausgestaltung nach EGV national erfolgt, aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie herausgenommen werden.